

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS DE MEDICINA

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la
Ciencia**



**ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PRÁCTICA
CLÍNICA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XX: UNA
APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS DEL HOSPITAL DEL REY DE MADRID
(1924-1950).**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Alberto Gálvez Ruiz

Bajo la dirección del doctor

José Martínez Pérez

Madrid, 2009

- **ISBN: 978-84-692-7607-5**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HISTORIA
DE LA CIENCIA.

ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO
XX: UNA APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL
HOSPITAL DEL REY DE MADRID (1.924-1.950).

TESIS DOCTORAL

Alberto Gálvez Ruiz.

MADRID 2009

1	INTRODUCCIÓN.....	5
1.1	PREÁMBULO.....	5
1.2	ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	7
1.3	OBJETIVOS.....	15
1.4	MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
2	RESULTADOS.....	22
2.1	CAPÍTULO PRELIMINAR.....	22
2.1.1	El panorama sanitario en la España del Hospital del Rey.....	22
2.1.2	Arquitectura del Hospital del Rey.....	34
2.1.3	Las etapas históricas del Hospital del Rey.....	66
2.1.4	Actividad docente e investigadora en el Hospital del Rey.....	71
2.2	EL PERSONAL DEL HOSPITAL DEL REY.....	89
2.2.1	D. Gregorio Marañón, Director del Hospital del Rey.....	89
2.2.2	Las oposiciones al Hospital del Rey.....	92
2.2.3	Crecimiento del número de profesionales del Hospital del Rey.....	94
2.2.4	D. Manuel Tapia Martínez. Primer Director del Hospital de Rey.....	98
2.2.5	D. Pedro Zarco Bohórquez.....	110
2.2.6	D. Antonio María Vallejo de Simón.....	123
2.2.7	D. Juan Torres Gost.....	129
2.2.8	D. Gregorio Baquero Gil.....	149
2.3	LA ASISTENCIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DEL REY: UNA LECTURA A TRAVÉS DE SUS HISTORIAS CLÍNICAS.....	164
2.3.1	INTRODUCCIÓN.....	164
2.3.1.1	EL DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL CONTAGIO Y LOS GÉRMENES. LA EPIDEMIOLOGÍA.....	164
2.3.1.2	INTRODUCCIÓN. LA TECNOLOGÍA MÉDICA A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.....	170
2.3.2	VIRUELA.....	193
2.3.2.1	Introducción.....	193
2.3.2.2	Datos de Filiación de los pacientes.....	214
2.3.2.3	Información epidemiológica y antecedentes patológicos.....	216
2.3.2.4	Descripción de la enfermedad actual. Exploración Física y la evolución de los pacientes.....	221
2.3.2.5	Las exploraciones complementarias.....	228
2.3.2.6	La terapéutica de la viruela.....	242
2.3.3	TUBERCULOSIS.....	250
2.3.3.1	Introducción.....	250
2.3.3.2	La tuberculosis en España y en el Hospital del Rey.....	252
2.3.3.3	Datos de Filiación de los pacientes.....	260
2.3.3.4	Información epidemiológica y Antecedentes Patológicos.....	266
2.3.3.5	Descripción de la enfermedad actual.....	270
2.3.3.6	La Exploración Física y la Evolución de los pacientes.....	275
2.3.3.7	Las exploraciones complementarias.....	290
2.3.3.8	La terapéutica de la tuberculosis.....	304
2.3.4	PALUDISMO.....	321
2.3.4.1	Introducción.....	321
2.3.4.2	El paludismo en España y en el Hospital del Rey.....	324
2.3.4.3	Datos de Filiación de los pacientes.....	326
2.3.4.4	Información epidemiológica y antecedentes patológicos.....	329

2.3.4.5	Descripción de la Enfermedad actual.....	336
2.3.4.6	Exploración Física. Evolución.....	338
2.3.4.7	Las exploraciones complementarias.....	342
2.3.4.8	La Terapéutica del paludismo.....	353
2.3.5	TIFUS EXANTÉMÁTICO.....	362
2.3.5.1	Introducción.....	362
2.3.5.2	El tifus exantemático en España y en el Hospital del Rey.....	363
2.3.5.3	Datos de filiación de los pacientes.....	366
2.3.5.4	Información epidemiológica y antecedentes patológicos.....	367
2.3.5.5	Descripción de la enfermedad actual.....	377
2.3.5.6	La exploración física y la evolución de los pacientes.....	379
2.3.5.7	Exploraciones complementarias.....	384
2.3.5.8	Tratamiento.....	392
2.3.6	POLIOMIELITIS.....	400
2.3.6.1	Introducción.....	400
2.3.6.2	La Polio en España y en el Hospital del Rey.....	402
2.3.6.3	Datos de Filiación de los pacientes.....	406
2.3.6.4	Información epidemiológica.....	409
2.3.6.5	Los Antecedentes Patológicos.....	410
2.3.6.6	Descripción de la Enfermedad actual.....	411
2.3.6.7	La Exploración Física y la Evolución de los pacientes.....	414
2.3.6.8	Las exploraciones complementarias.....	418
2.3.6.9	La Terapéutica de la poliomielitis.....	423
2.3.7	FIEBRE TIFOIDEA.....	433
2.3.7.1	Introducción.....	433
2.3.7.2	La fiebre tifoidea en España y en el Hospital del Rey.....	435
2.3.7.3	Datos de Filiación de los pacientes.....	438
2.3.7.4	Información epidemiológica y antecedentes patológicos.....	439
2.3.7.5	Descripción de la enfermedad actual. La Exploración física y la evolución de los pacientes.....	445
2.3.7.6	Las exploraciones complementarias.....	456
2.3.7.7	La terapéutica de la fiebre tifoidea.....	474
3	CONCLUSIONES.....	484
4	BIBLIOGRAFÍA.....	491
4.1	FUENTES.....	491
4.1.1	Manuscritas.....	491
4.1.2	Impresas.....	493
4.2	BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA.....	503
5	APÉNDICES.....	511
5.1	PERSONAL.....	511
5.1.1	PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	511
5.1.2	OTRAS PROFESIONES.....	518
5.1.3	HIJAS DE LA CARIDAD.....	525
5.1.4	OTROS MÉDICOS.....	526
5.2	LEGISLACIÓN DEL HOSPITAL DEL HOSPITAL DEL REY.....	555
5.3	PROTECCIÓN DE LOS EDIFICIOS DEL HOSPITAL DEL REY.....	560
5.4	LOS JARDINES DEL HOSPITAL DEL REY. HOSPITALES COETÁNEOS AL HOSPITAL DEL REY.....	560

5.5	TERRENOS Y ESCRITURA DEL HOSPITAL DEL REY.....	569
5.6	MATERIAL EPISTOLAR DEL HOSPITAL DEL REY.	572

1 INTRODUCCIÓN.

1.1 Preámbulo.

En 1924, se creó en Madrid el Hospital del Rey destinado a tratar un tipo de patología especialmente relevante tanto en ese momento como en el actual: las enfermedades infecciosas. Esta institución se iba a convertir en un centro de referencia importante dentro de la práctica clínica en España. En ella se pusieron en práctica algunas de las técnicas de exploración y análisis que la medicina había ido incorporando al conjunto de medios destinados a llevar a cabo el ejercicio clínico.

Esta Tesis se centra en el Hospital del Rey que se crea en 1.924 como Hospital de Infecciosos de Madrid. Entre los motivos que llevaron a su creación tenemos que citar la escasez de recursos hospitalarios con que la Villa y Corte de Madrid contaba para hacer frente a las epidemias de enfermedades infecciosas. A pesar de que existían suficientes motivos que justificaban la existencia de un Hospital de infecciosos en la ciudad de Madrid, su proceso de gestación es lento, prolongándose durante décadas. Las razones que explican la carencia de una institución de estas características en Madrid son complejas, pero fundamentalmente recaen en la desidia de la clase política de la época. Sean cual sean los motivos, el hecho es que en 1.920 se iniciaron las obras de construcción, inaugurándose de manera oficial el 25 de Enero de 1.925. Tras las oposiciones convocadas, se dotó al Hospital de un Director, un Jefe Clínico y dos médicos de guardia¹.

A efectos de esquematizar, se pueden dividir varias etapas en el estudio del Hospital. Según el criterio de división podemos realizar una primera división basada en los diferentes directores que tuvo el Hospital: La etapa de Tapia, la dirección de Torres Gost, de forma provisional durante la Guerra Civil, el periodo de Vallejo Simón y por último, la segunda etapa de Torres Gost como director. Otra división más sencilla, sería la que tiene como eje central la Contienda Civil, reconociendo tres periodos: la preguerra, la guerra civil y la posguerra². Desafortunadamente, tras una breve historia de sesenta y cuatro años, el Hospital del Rey se cierra en 1.989, transformándose en el actual Instituto de Salud Carlos III.

¹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 21, 1.975.

² PORRAS GALLO, M^a Isabel, *El Hospital del Rey de Madrid*, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

En esta Tesis nos proponemos estudiar fundamentalmente la historia del desarrollo tecnológico del Hospital del Rey a través de sus Historias Clínicas, haciendo una adecuada contextualización del entorno histórico, político-social y refiriéndonos al personal que consideramos más destacado durante los comienzos de la Institución. Nuestro estudio se centra en el análisis de la atención médica ofrecida en el Hospital del Rey a través de sus historias clínicas.

El hecho de elegir una Institución como el Hospital del Rey viene justificado al ser éste una pieza clave de la Sanidad española. Se venía esperando tantos años el advenimiento de un Hospital de infecciosos en Madrid, que cuando finalmente se pudo llevar a cabo el proyecto, éste se desarrolló a conciencia. El Hospital del Rey fue pionero dentro de los modernos Hospitales monográficos de infecciosos y sin duda constituyó un referente nacional. Por estos motivos creemos que está completamente justificado el estudio de una institución de estas características.

El hecho de que el Hospital del Rey contase entre sus Archivos históricos con la colección de Historias Clínicas desde su inauguración, ofrecía la posibilidad de realizar un estudio de la forma en que la práctica clínica se llevó a cabo dentro de dicha institución, así como realizar un seguimiento de la manera en que los diferentes procedimientos encaminados al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades infecto-contagiosas allí se efectuaron.

En ese sentido, el abordaje de la lectura de las historias clínicas del Hospital del Rey, establece conexiones también con otros aspectos que consideramos relevantes para el conocimiento del pasado de la medicina española: el del desarrollo de los centros asistenciales propiamente dichos y el del desarrollo del estudio de las enfermedades infecto-contagiosas. No obstante, mi preocupación principal a la hora de abordar esta tesis doctoral ha sido sobre todo el de servirme del análisis de esas historias clínicas para mejorar la comprensión de los diferentes factores que condicionan el ejercicio clínico, y también para contribuir al conocimiento de cómo los médicos españoles del periodo estudiado procedieron a poner en práctica su saber para tratar la enfermedad.

Por último, esta Tesis doctoral establece conexiones con al menos tres aspectos relevantes de la historiografía médica:

- Historia de los hospitales propiamente dicha, y en concreto del Hospital del Rey.
- Estudio de las enfermedades infecto-contagiosas.
- Desarrollo del saber y práctica médica (tecnología médica).

A continuación intentaré exponer la forma en que se ha venido analizando cada una de estas cuestiones y trataré de poner de manifiesto sus resultados más significantes.

1.2 Estado de la cuestión.

El trabajo que intentamos desarrollar en esta tesis doctoral utiliza como punto fundamental de análisis el contenido de una serie de historias clínicas que fueron elaboradas en el Hospital del Rey de Madrid. De este modo nuestro planteamiento pretende entroncar con una perspectiva de análisis del pasado de la Medicina, que intenta superar una visión de su desarrollo como un progreso continuo desde las etapas iniciales hasta ese momento culminante que vendría representado por el estado presente, y que plantea para ello superar el uso de los textos médicos de las figuras más representativas como fuente fundamental para la reconstrucción historiográfica.

En este sentido en 1967, Erwin Ackerknecht publicó un artículo en el que solicitaba de los historiadores de la medicina un desplazamiento respecto a su forma de proceder en la indagación del pasado³, y llamaba la atención sobre la relevancia que podía poseer el estudio de la actividad médica a través de fuentes -diarios, novelas, relatos de viaje, cartas...- que pudieran suministrar información alternativa al estudio de la obra de los grandes médicos. De este modo, dirigía su interés hacia el valor del análisis de la historia clínica para conseguir obtener lo que denominaba perspectiva conductual, una nueva forma de hacer historia de la medicina que facilitaba nuevos puntos de vista para la comprensión de la historia de la terapéutica médica⁴. No obstante, la nueva perspectiva de estudio sugerida por Ackerknecht tardó tiempo en ser asumida por los historiadores de la medicina. En 1977, la *American Association of The History of Medicine* realizó un seminario con el objetivo de estimular el desarrollo de la propuesta de Ackerknecht, haciendo hincapié sobre el valor y la necesidad de explorar las historias clínicas para reconstruir el pasado histórico-médico⁵.

En 1992, Risse y Warner indicaban que existían “signos de que el uso de las historias clínicas estaba comenzando a estar en boga” entre las fuentes documentales utilizadas por los historiadores de la medicina y entre los cultivadores de la nueva historia social, al tiempo que llamaban la atención sobre las posibilidades historiográficas y los problemas que el uso de ese tipo de documentos tenían para la historiografía. Según manifestaban, suministran una base para trazar cambios a lo largo del tiempo, la práctica clínica, las percepciones y los discursos; para reconstruir la demografía de las poblaciones de los pacientes y la textura de la vida hospitalaria;

³ ACKERKNECHT, E., A Plea for a behaviorist approach in writing the history of medicine. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, Vol. 22, Pág. 211-14, 1967.

⁴ ACKERKNECHT, E., A Plea for a behaviorist approach in writing the history of medicine. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, Vol. 22, Pág. 211-14, 1967.

para entender los papeles y los roles desempeñados por la etnicidad, el género, la clase, la raza y la geografía en configurar el cuidado del paciente; y usado en conjunción con otro tipo de textos, para comparar las ideas clínicas con las actividades clínicas y, por consiguiente, para explorar las relaciones entre ideología y conducta. Siguiendo con la misma línea argumental Ludmerer⁶, señala que al escribir la historia de los Hospitales se pueden encontrar dos tipos de documentos que permiten dos tipos de aproximación diferente: la documentación administrativa, y las historias clínicas.

El primer tipo de documentos ha sido muy empleado como fuente para examinar el proceso de transformación de instituciones sanitarias. Este tipo de estudios ha dado lugar a un buen número de publicaciones que han contribuido de forma significativa a entender la manera en que diferentes factores de carácter socio-cultural, político y económico influyen en la evolución histórica de un hospital. En este sentido, trabajos como el de Vogel⁷, mostraron que la utilización de este tipo de documentación permitía superar un modo de aproximación historiográfica a instituciones en el que el abordaje se limitaba a exponer el desarrollo cronológico o a destacar la biografía de las principales personalidades médicas o políticas relacionadas con los centros u hospitales concretos que eran objeto de estudio.

Sin embargo, son las historias clínicas las que constituyen un material de enorme riqueza para el estudio de la evolución a lo largo del tiempo de la práctica médica, reflejando de forma fidedigna los diferentes tratamientos que eran ofrecidos de manera individualizada a cada paciente, y por supuesto la naturaleza de la relación médico-paciente.

Las historias clínicas pueden ser objeto de estudio desde variados puntos de vista, mostrándose así como una fuente relevante para la elaboración de la historiografía médica. No obstante, a pesar de esto, no se ha producido dentro de nuestras fronteras una respuesta cuantitativamente relevante en lo que respecta a la producción historiográfica de trabajos que hayan tomado como fuente fundamental para su producción a las historias clínicas. Contamos desde luego con la valiosa y pionera aportación de Laín Entralgo, en cuyos trabajos la historia clínica constituyó un elemento de referencia fundamental para sus reflexiones histórico-teóricas sobre la medicina. Y es que en los que se refiere a la utilización de las historias clínicas como fuente documental es de obligada referencia citar a un autor de la categoría de Laín Entralgo. En sus obra realizó una importante aproximación histórico-filosófica al concepto de Historia clínica

⁵ RISSE, G, WARNER, J, Reconstructing clinical activities: patient records in medical history, *Social History of Medicine*, Oxford: Oxford University Press, Vol. 5, Pág. 183-205, 1991.

⁶ LUDMERER, K., Writing the history of medicine, *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 56, Pág. 106-109, 1983

⁷ VOGEL, M., *The invention of the modern hospital: Boston 1870-1930*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

tal y como lo entendemos en la medicina moderna actual⁸, y realiza un estudio de la evolución del concepto de Historia clínica desde la antigüedad clásica hasta la modernidad. Supuso una enorme contribución al panorama médico español pues en estas obras el autor realiza un detallado estudio de la evolución de la teoría de la enfermedad. El profundo análisis que Laín realiza sobre el documento esencial de la práctica clínica no sólo se queda ahí sino que supone una reflexión global sobre el Arte de hacer medicina, lo que ofreció a los médicos la posibilidad de contar con un texto de referencia para comprender el complejo sentido que posee la elaboración de una historia clínica.

A pesar de esto, hay que reconocer que, dentro del panorama nacional, no existen muchos trabajos que tomen como referencia el análisis de las historias clínicas para el estudio del desarrollo de la asistencia médica. Contamos con una serie relevante de aportaciones destinadas a estudiar las historias clínicas de los centros psiquiátricos, como es el caso del manicomio de Leganés⁹.

Sin embargo, el uso de esas fuentes no ha sido demasiado atendido en relación con la atención dirigida a otro tipo de patologías que no fueran la de índole psiquiátrico¹⁰. Aunque tampoco aquí el recurso a las historias clínicas como fuente de información para reconstruir el pasado ha sido utilizado con frecuencia, la perspectiva de análisis que aparece reflejada en un buen número de trabajos recientes se muestra concordante con los nuevos modos planteados para abordar el conocimiento de los centros dedicados a la atención hospitalaria.

Tradicionalmente, el estudio de los hospitales en perspectiva histórica se había dirigido a ensalzar las contribuciones realizadas por grandes figuras de la época. Esto hizo que cada hospital se reconstruyese en su historia como si fuera una institución aislada y descontextualizada de la sociedad a la que perteneció. Afortunadamente, un enfoque aportado

⁸ LAÍN ENTRALGO, P., *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Barcelona: Ed. Salvat, 1950. De esta obra se han hecho dos ediciones más, en 1961 (Barcelona: Salvat) y en 1998 (Madrid: Triacastela), que reproducen el texto de la primera.

⁹MOLLEJO APARICIO, E., *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el hospital psiquiátrico de Leganés (1856-1936)*, Salamanca: Universidad de Salamanca, 2001.

¹⁰HUERTAS, R. DEL CURA, M., De las ciencias básicas a la clínica neuropsiquiátrica: una aproximación a la consulta privada del Dr. Lafora. En: Martínez-Pérez, J.; Estévez, J.; Del Cura, M.; Blas, L.V. (eds.), *La locura y su gestión: Conocimiento, prácticas y escenarios*, Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha (en prensa).

-HUERTAS, R., Las historias clínica como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos, *Frenia*, 1 (2), 7-38, 2001.

-VILLASANTE O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIerno R., La Guerra Civil en el manicomio de Leganés: aproximación de un estudio a la población manicomial. En: Martínez-Pérez, J.; Estévez, J.; Del Cura, M.; Blas, L.V. (eds.), *La locura y su gestión: Conocimiento, prácticas y escenarios*, Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha (en prensa).

desde los historiadores sociales ha permitido una visión mucho más real de la historia del hospital¹¹. Según puso de relieve Rosen, la institución hospitalaria debe ser contemplada como “un órgano de la sociedad, que comparte sus características, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado”¹². De este modo, el análisis de la institución hospitalaria desde una perspectiva histórica empezó a implicar el estudio de las principales fuerzas sociales que influyen en su desarrollo. Describir la historia exige así prestar atención no sólo al desarrollo de la ciencia y la práctica médica sino también al estudio del crecimiento de otros grupos profesionales, a las actitudes del público hacia la profesión médica y la enfermedad, a los movimientos en pro del bienestar y de reforma social, a la cambiante responsabilidad de los gobiernos, al papel de la filantropía y a los acontecimientos que afectaron de manera especial a la comunidad en la que el hospital se hallaba inmerso¹³.

Este enfoque ha encontrado importantes cultivadores dentro de nuestras fronteras. Sin intención de ser exhaustivos, cabe destacar las contribuciones de García Guerra¹⁴, López Terrada¹⁵, Salmón, Arrizabalaga y García Ballester¹⁶ y un buen número de los trabajos que se reunieron en la serie dedicada a la “historia de los hospitales” coordinada por Ángel González de Pablo y Martínez Pérez¹⁷. En uno de ellos, Porras Gallo¹⁸ realizó un estudio breve, pero sistemático y ordenado, de las diversas etapas del Hospital del Rey de Madrid. Este trabajo representa, junto a las aportaciones de Torres Gost y de Sáez Valiente¹⁹, los únicos estudios monográficos dedicados a esta institución, y en ellos me he apoyado para desarrollar algunos aspectos de mi tesis²⁰.

¹¹ GRANSHAW L, PORTER R, *The hospital in history*, London: Routledge, Pág. 149-178, 1989.

¹² ROSEN, G., El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria. En: George Rosen, *De la Policía médica a la Medicina Social*. México: Siglo XXI, 316-350.

¹³ GÓNZALEZ DE PABLO, A., MARTÍNEZ PÉREZ, J., El abordaje histórico de la institución hospitalaria. En: Historia de los hospitales, *El Médico* (coleccionable), 1993.

¹⁴ GARCÍA GUERRA D, *El ejercicio médico en el Hospital Real de Santiago en el siglo XVIII*, La ciencia moderna y el conocimiento del Nuevo Mundo: actas de la I Reunión de Historia de la Ciencia y de la Técnica de los Países Ibéricos e Iberoamericanos, Madrid, 25 a 28 de septiembre de 1984, Págs. 379-394.

¹⁵ LÓPEZ TERRADA, M., *El Hospital General de Valencia en el siglo XVI (1513-1600)*, Valencia: Universitat de València, Servicio de Publicaciones, 1987.

¹⁶ SALMÓN MUÑIZ, F., ARRIZABALAGA, J., GARCÍA BALLESTER, L., *La Casa de Salud Valdecilla: origen y antecedentes. la introducción del hospital contemporáneo en España*. Santander: Universidad de Cantabria, 1990.

¹⁷ Estos trabajos fueron publicados en la revista *El Médico*, en los años 1993-1995.

¹⁸ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 21, 1.975.

-SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

²⁰ Otros trabajos en los que el Hospital del Rey aparece mencionado como una institución relevante, y que he utilizado con frecuencia como referencia para mi estudio son: RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, 1.969; ÁLVAREZ SIERRA, L., *Historia de la Medicina madrileña*.

La labor de los historiadores españoles de la medicina se ha mostrado también relevante en relación con el estudio de otro de los aspectos con los que esta tesis doctoral mantiene conexiones, el de las enfermedades infecto-contagiosas. Como ha indicado Rodríguez Ocaña, la perspectiva histórico-social planteada por Henry E. Sigerist²¹ (1891-1957), que proponía contemplar la medicina tanto desde la perspectiva de la profesión médica como de la sociedad, tuvo eco en España gracias a la labor de Laín Entralgo²². A su lado, López Piñero se mostró también como un importante introductor de los principios de la historia social de la medicina desde su cátedra de Valencia²³. Ello sirvió para que el estudio de las enfermedades infecto-contagiosas se viera impulsado de forma creciente en España. Ya en el VIII congreso Nacional de Historia de la Medicina y en otras reuniones fueron presentados importantes estudios sobre epidemias²⁴. Si la peste fue la primera de las enfermedades que acaparó la atención de los historiadores, otras enfermedades ocuparon posteriormente su interés. De este modo la fiebre amarilla, la malaria, la tuberculosis, el cólera o la gripe han sido también objeto de estudio desde una perspectiva en la que se ha hecho énfasis sobre el modo en que la enfermedad infecto-contagiosa se ve condicionada por el modo en que se configura el contexto histórico-social en que tiene lugar²⁵. Alguno de estos trabajos, nos han resultado de utilidad para considerar la forma

Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, 1.952; y ÁLVAREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: 1.968.

²¹ SIGERIST, Henry E., *Los grandes médicos: historia biográfica de la Medicina*. Ed. Ave, 1949.

-SIGERIST, Henry E., An outline of the development of the Hospital, *Bull. Int. Hist. Med.*, Vol. 4, Pág. 573-581, 1936.

²² RODRÍGUEZ OCAÑA, E., Social History of medicine in Spain. Points of departure and directions for research, *Social history of Medicine*, Vol. 13, Pág. 495-513, 2000.

-RODRÍGUEZ OCAÑA, E., "La historia de la medicina y su profesionalización en España. El caso de Granada.", en: ASTRAIN GRALLART, M, et al., *Historia y Medicina en la Universidad de Granada. Siglos XIX-XX*, Granada: Área de Historia de la ciencia del departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia, 145-196, 1997, p. 159.

²³ LOPEZ PIÑERO, J., *Medicina e historia natural en sociedad española siglo XVI-XVII*. Valencia: Universitat de Valencia. Servei de publicacions, 2008.

²⁴ RODRÍGUEZ OCAÑA, E; ORTIZ GÓMEZ, T., Los médicos españoles y la idea del Seguro Obligatorio de Enfermedad. En: VALERA, M., EGEA, M., BLÁZQUEZ, M., *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia-Cartagena, Diciembre, 1986*. Murcia: Universidad de Murcia, 1988.

-VALENZUELA, J., RODRÍGUEZ OCAÑA, E. La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicación de un Ministerio de Sanidad. En: VALERA, M., EGEA, M., BLÁZQUEZ, M., *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Murcia-Cartagena, Diciembre, 1986*. Murcia: Universidad de Murcia, 1988.

-GARCÍA GUERRA D, *El ejercicio médico en el Hospital Real de Santiago en el siglo XVIII*, La ciencia moderna y el conocimiento del Nuevo Mundo: actas de la I Reunión de Historia de la Ciencia y de la Técnica de los Países Ibéricos e Iberoamericanos, Madrid, 25 a 28 de septiembre de 1984, Págs. 379-394.

²⁵ MOLERO MESA, Jorge, La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX, en: ATENZA, J, MARTÍNEZ, J, coord., *El centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Albacete: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Pág. 131-149, 2001.

-MOLERO MESA, J., Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936--1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis*. Vol 14. Pág. 199-225. 1994.

-MOLERO MESA, J., *Estudios medico-sociales sobre la tuberculosis en la España de la restauración*. Madrid: Mº de Sanidad y consumo, 1987.

en que algunas de las enfermedades de las que me ocupó en esta tesis afectaron a la España del periodo estudiado.

Mi trabajo también se halla relacionado con la forma en que el desarrollo tecnológico incide sobre la asistencia clínica. Por ello, se ha beneficiado también de las aportaciones que en los últimos años se han realizado al estudio del modo en que el progreso tecnológico influye sobre la medicina. Como indicó Jennifer Stanton, en los años noventa del pasado siglo empezó a crecer una “nueva escuela” que trata la tecnología médica como otro elemento de la historia social, política y económica de la medicina social, y lo relaciona con el proceso de profesionalización, las nociones cambiantes de enfermedad y la organización del cuidado médico²⁶. De este modo, estas aportaciones habrían contribuido a desarrollar la tarea por la que Marks abogó en su trabajo de 1993, de explorar las implicaciones sociales del desarrollo tecnológico en medicina²⁷. Esto ha servido no sólo para que este campo de trabajo se haya nutrido de un buen número de aportaciones²⁸, sino también para que la propia noción de tecnología médica haya pasado a ser contemplada de un modo diferente. Así se ha comenzado a elaborar una concepción de la misma que incluye tanto el aparataje o material tecnológico del que dispone el profesional sanitario, como el conjunto de los conocimientos científicos aplicados a la práctica médica en cada momento histórico y la organización y estructura de los recursos humanos necesarios para ella²⁹.

-RIERA PALMERO, J., *Estudios y documentos sobre arroz y paludismo en Valencia., siglo XVIII*. Valladolid: Univesidad de Valladolid, 1983.

- ZULOAGA, Fernando, *Historia de la Tisiología en España*, Madrid: Tesis Doctoral, Universidad Central de Madrid, 1.961.

- BAGUERA CERVELLERA, María José, *La Tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach, 1.992.

-BENÍTEZ FRANCO, B, *La Tuberculosis. Estudio de la lucha contra esta enfermedad en España (1939-1949)*, Madrid: Patronato Nacional Antituberculoso, 1.950.

-JIMÉNEZ LUCENA, I., El tifus exantemático de la postguerra española (1939-1983). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del “nuevo estado”. *Dynamis*, Vol. 14, pág. 199-225. 1994.

- PORRAS GALLO, M., La lucha contra las enfermedades evitables en España e la pandemia de gripe de 1918-19. *Dynamis*, Vol. 14, Pág. 159-183, 1994.

²⁶ STANTON, J., Making sense of technologies in medicine. *Social history of medicine*, Vol. 12, Pág. 437-448.

²⁷ MARKS, H.M. (1993), “Medical Technologies: social contexts and consequences”, en: W.F. Bynum; R. Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London, Routledge, (2 vols.), 2, London: Routledge, 1592-1618.

²⁸ Utilizo “tecnologías médicas” en la forma en que este concepto ha redimensionado su significado a lo largo de los años noventa del pasado siglo. Frente a la simple alusión a las “máquinas”, se ha ido incluyendo todo aquello que “se diseña para entender, diagnosticar y tratar la enfermedad, aguda y crónica, y los desórdenes físicos y corporales, además de intentar prevenir tales patologías”. BROWN, N; WEBSTER, A. (2004), *New Medical Technologies and Society. Reordering the Life*, Cambridge: Polity Press.

²⁹ “El concepto de tecnologías ha ido aquilatándose para englobar desde los instrumentos, las prácticas, los procesos, los conocimientos y significados ligados a su empleo, hasta los cambios organizativos que supone su implantación”. De este modo, “las formas de proceder o de organizar la práctica (y las rutinas) en los dispositivos sanitarios serían, también, procedimientos tecnológicos”.

MEDINA, R.; MENÉNDEZ, A. (2004), “Tecnologías médicas, asistencia e identidades: nuevos escenarios históricos para el estudio de la interacción pacientes-médicos”, en J. Martínez-Pérez et al., *La Medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, 697-711, Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

El interés por esta noción de tecnología médica no es algo estático ni mucho menos. Los estudiosos del tema ponen su mayor empeño en el seguimiento del desarrollo tecnológico experimentado en diferentes instituciones sanitarias a lo largo de la historia. Lo más importante es poder llegar a concretar cómo ese desarrollo tecnológico modifica la asistencia de los pacientes en el día a día de cada Hospital. Es importante darse cuenta cómo la progresiva incorporación de nuevas tecnologías afecta la propia organización de un Hospital y lo que es más importante, modifica e influye de forma poderosa en el desarrollo y aparición de nuevas especializaciones dentro de la medicina.

Dentro de esta orientación uno de los trabajos que se ha mostrado sumamente relevante es el de Howell. A través del estudio de las historias clínicas de dos hospitales de Estados Unidos de principios de siglo XX, centra su interés en la evolución de las técnicas diagnósticas. Su libro llega a interesantes conclusiones sobre el desarrollo tecnológico y su impacto en la medicina de aquellos años. Uno de los aspectos más importantes de su trabajo es la demostración de la influencia que ese proceso de desarrollo tecnológico tiene sobre la profesionalización en la medicina de la época³⁰. En este sentido, el trabajo de Howell representa un hito importante en el modo de emplear esos documentos para ver la manera en que el desarrollo tecnológico modifica la asistencia de los pacientes en el día a día de cada hospital. Este trabajo mantiene así elementos más que confluentes con el de mi tesis. No obstante, es importante señalar algunos aspectos en los que mi trabajo se separa del de este autor. En primer lugar el estudio de Howell compara dos Hospitales y nosotros nos centramos sólo en el Hospital del Rey. Por otra parte Howell realiza un estudio estadístico de las historias clínicas analizadas. Es decir, a la hora de escoger las historias clínicas establece un método estadístico claramente definido. En el estudio del Hospital del Rey el método utilizado para la selección de historias clínicas ha sido el de la cata archivística hecha completamente al azar. Por último, Howell realiza un estudio del desarrollo tecnológico experimentado en dichos hospitales de forma general a través de todas las enfermedades presentes. En la tesis del Hospital del Rey, nos centramos sólo en seis enfermedades infecciosas y estudiamos el avance tecnológico que existe a lo largo de los años sólo a través de esas enfermedades.

Otro trabajo importante realizado en este ámbito de trabajo, y que utiliza como fuente de estudio las historias clínicas, es el de Bárbara Duden. Su obra describe la asistencia médica

-MENÉNDEZ, A; MEDINA, R. (2004), "Tecnologías médicas en el mundo contemporáneo: una visión histórica desde las periferias. Introducción", *Dynamis*, 24, 15-16.

³⁰ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

ofrecida por un médico alemán de 1730 a un colectivo de pacientes de sexo femenino. Esta autora intenta reflejar los sentimientos de estas pacientes en su lucha con la enfermedad³¹.

A través de estos trabajos, se han planteado algunas de las limitaciones que existen cuando se realiza un estudio histórico a través de las historias clínicas de los pacientes. En este sentido Howell ha planteado la posibilidad de que determinadas pruebas de laboratorio se realizaran sin quedar reflejadas en las historias clínicas³². Estas interferencias, lógicamente, son más profundas en lo que se refiere al intento de reflejar las experiencias de los propios pacientes. De forma obligada tenemos que considerar que un análisis que se basa y se centra fundamentalmente en los datos médicos a través de las historias clínicas es algo necesariamente indirecto y por lo tanto incompleto. Se convierte en tarea casi completamente imposible el poder reflejar de forma fiable los sentimientos de los pacientes. Y todavía más difícil es el intento de transmitir las vivencias derivadas de la interrelación de los pacientes con las distintas tecnologías a las que se veían sometidos.

Todas estas limitaciones son consecuencia indirecta de la distancia histórica y el obligado uso indirecto de las fuentes. Pero no podemos perder de vista que incluso en la actualidad, con frecuencia es complicado identificar qué tecnologías están siendo usadas de forma que ayudan realmente los pacientes. El análisis de la realidad exige un abordaje global en el que se tengan en cuenta los aspectos tecnológicos, los médicos, y los que afectan de forma particular a la propia realidad de los pacientes. Siendo honrados, tenemos que aceptar que existen pocos estudios científicos en la actualidad que contemplen todos estos aspectos. Hay que reconocer que vivimos una preocupante visión miópica de la realidad tecnológica, en la que en muchas ocasiones sólo se atienden a los aspectos más técnicos de la propia tecnología, olvidando la realidad global que hay detrás: la sociedad y en último término, el enfermo.

Una de las conclusiones del libro de Howell es que no podemos llegar a conocer las causas concretas del cambio en la tecnología médica que se dio entre 1900 y 1925 en los Hospitales americanos estudiados. Al menos este libro derrumba algunos de los mitos que habían sido establecidos sobre la relación entre ciencia, tecnología, medicina, hospitales y sociedad de principios de siglo veinte. Algunos estos mitos habían sobrevalorado de forma completamente

³¹ DUDEN B, *The woman beneath the skin. A doctor's patients in eighteenth century Germany*, Cambridge: Harvard University Press, 1991.

³² HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 241, 1995.

errónea la importancia del desarrollo de la maquinaria médica y su importancia en la explicación de la evolución de la práctica médica en el siglo pasado³³.

En el caso que he analizado, comprobamos que desde su inauguración el Hospital del Rey está basado en los modernos conceptos científicos con una perfecta combinación de la clínica tradicional y las modernas técnicas de Laboratorio. A partir de su inauguración, y por supuesto las décadas siguientes, el Hospital tendrá que ir asimilando los nuevos adelantos científicos, pero siempre sobre la sólida base inaugural de un Hospital Moderno. Esa es la gran ventaja del Hospital del Rey, su concepción absolutamente novedosa de la imbricación de la clínica y el laboratorio en las enfermedades infecciosas. De hecho, con los años los pabellones del Hospital envejecerán y tendrán que ser renovados, algo que no tuvo que hacerse con su espíritu inaugural. Esa es la gran diferencia con los dos hospitales americanos presentados por Howell, en los cuales los nuevos conceptos científicos tuvieron que abrirse paso a través de una intensa lucha con las concepciones vigentes hasta ese momento en relación con la práctica clínica.

1.3 Objetivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el **objetivo general** de esta tesis es el de tratar de conocer, a través de las historias clínicas del Hospital del Rey, la forma en que las diferentes aportaciones realizadas durante este periodo al conocimiento y tratamiento de la enfermedad se fueron incorporando en España a la asistencia clínica.

De cara a conseguir este objetivo general ha sido necesario también plantearnos la consecución de otros objetivos secundarios. En ese sentido, la tesis pretende asimismo:

Mostrar la forma en que se generó la necesidad de crear en España un centro asistencial de las características del Hospital del Rey.

Indicar los aspectos fundamentales de la estructura arquitectónica de esa institución hospitalaria y poner de relieve la manera en que se relacionó y condicionó la actividad clínica que se iba a desarrollar en su interior.

Señalar el tipo de profesionales que desarrollaron su actividad en este hospital y poner de manifiesto la forma en que las circunstancias históricas de la España del periodo estudiado condicionaron su actividad en ese marco institucional.

Analizar la manera en que los médicos del Hospital del Rey introdujeron algunas de las innovaciones realizadas en el ámbito de la medicina de la época a su labor clínica

³³ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 249, 1995.

encaminada a combatir algunas de las enfermedades infecciosas más relevantes del periodo considerado: viruela, tuberculosis, paludismo, tifus exantemático, poliomielitis y fiebre tifoidea.

1.4 Material y métodos.

Para la realización de esta tesis ha resultado fundamental consultar el Archivo de historias clínicas del Hospital del Rey. El **Archivo de historias clínicas del Hospital del Rey**. Se encontraba guardado, en el momento de realizar su consulta en 1998, en los sótanos del antiguo Hospital Victoria Eugenia, que también se encuentra situado en el recinto del Instituto de Salud Carlos III. En la actualidad, dichos archivos han variado de ubicación. El motivo ha sido la construcción del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO). El Archivo de Historias clínicas, al menos hasta donde sé, fue precintado y guardado en el Instituto de Salud Carlos III.

Para acceder a este Archivo, entramos en contacto con el Dr. Navarro, encargado del Museo de Sanidad que se encuentra dentro del recinto del antiguo hospital del Rey.

En el Archivo existen 90.000 historias clínicas, escritas de puño y letra por los profesionales del Hospital del Rey, lo que supone la práctica totalidad de las historias de esta institución elaboradas en el periodo que hemos estudiado. El criterio que la institución ha seguido para su almacenamiento (antes del cambio de ubicación) fue el reunir los pacientes por patologías, lo que nos ha facilitado la tarea de clasificación, ya que consideramos prioritario el criterio nosológico.

Las historias clínicas que he seleccionado para su consulta son las que se ocupaban de pacientes diagnosticados de las siguientes enfermedades: tuberculosis, fiebre tifoidea, viruela, tifus exantemático, poliomielitis y paludismo. Constituyen, a nuestro juicio, una buena representación del tipo de procesos que acaparaban la mayor parte de la labor de quienes trabajaban en el Hospital: enfermedades endémicas como la tuberculosis y la fiebre tifoidea; y enfermedades epidémicas como la viruela, el tifus exantemático, la poliomielitis y el paludismo (aunque ésta última puede considerarse endémica-epidémica). Además constituyen algunos de los procesos morbosos más representativos del panorama epidemiológico que, respecto a las enfermedades infecto-contagiosas, golpearon a la España en el periodo estudiado.

De cada enfermedad se ha obtenido un número de historias clínicas no inferior a 200, correspondientes aproximadamente a los primeros 25 años de funcionamiento del Hospital, aunque las fechas para cada enfermedad aparecen en muchos casos condicionadas por el

momento en que su presencia en forma de epidemia supuso un incremento del número de casos atendidos por el centro.

El criterio para la elección de las Historias clínicas ha sido la cala archivística realizada completamente al azar. No se ha pretendido llevar a cabo un análisis estadístico de sus contenidos, sino que la intención ha sido la de servirse de esos documentos como una fuente de información que permitiera acercarse a la forma en que los médicos que trabajaban en el hospital del Rey abordaron su labor clínica.

Una vez recogidas las historias clínicas según el criterio explicado, se ordenó el material para poder realizar un análisis más racional del mismo y proceder a la extracción y redacción de conclusiones, para lo que nos han sido de gran ayuda algunos trabajos³⁴.

Para proceder a presentar los contenidos de las historias clínicas he optado por seguir una estructura formal similar a la que se sigue en las propias historias clínicas. Los médicos del Hospital del Rey procedían a cumplimentar los siguientes apartados: datos de filiación de los pacientes; información epidemiológica y antecedentes patológicos; descripción de la enfermedad actual; exploración física y evolución; exploraciones complementarias; y por último, aspectos terapéuticos.

Para cubrir determinados aspectos que era necesario desarrollar en esta tesis, ha sido preciso también consultar documentación contenida en otros archivos. En primer lugar, examinamos algunos de los fondos recogidos en el **Archivo de personal del Hospital del Rey**. Se encuentra integrado actualmente en el Archivo de personal del Centro de Investigaciones Científicas y Medicina Preventiva (actualmente Hospital Carlos III), que en cierto modo se puede considerar como el sucesor del Hospital del Rey. Contiene las fichas del personal laboral desde el comienzo de la institución aportando datos que ayudan a reconstruir la plantilla del Hospital, la procedencia de los trabajadores, su asignación económica, los ascensos en el escalafón del cuerpo médico, etc. Para su consulta se ha contado con el permiso de las autoridades pertinentes del Instituto de Salud Carlos III.

Otro centro documental que visité fue el **Archivo de personal del Ministerio de Sanidad y Consumo**. Los directores y parte de los médicos que entraban a trabajar en el Hospital, al ganar oposiciones, automáticamente pasaban a formar parte del Cuerpo de Sanidad, dependiente del extinguido Ministerio de la Gobernación. Por eso es lógico encontrar datos de

³⁴ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1.975.

-HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 241, 1995.

- BYNUM W, PORTER R, *Companion enciclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, 1993.

los médicos del Hospital del Rey en dicho Archivo, pues contiene el material traspasado del Ministerio de la Gobernación. Para la consulta de dicho Archivo solicitamos autorización a diversas autoridades del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el **Archivo de la Administración Central de Alcalá de Henares**, pude consultar los registros de contabilidad del Hospital. En ellos se puede seguir el presupuesto anual de los gastos en alimentos, medicamentos, mobiliario, pequeñas obras, etc. Los datos encontrados son muy dispersos, y sobre todo numerosos en cuanto a datos económicos del Hospital. También se han podido obtener algunos planos de la realización de obras de reforma del hospital.

Otro centro en el que pude obtener información es el **Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III**³⁵. Este museo dirigido por el Dr. D. Ramón Navarro, contiene en su haber importantes datos sobre la historia de la sanidad española, pero también nos ha permitido acceder a abundantes datos de nuestro estudio. El Museo se encuentra situado en el recinto del antiguo hospital, en concreto en el edificio de laboratorios de Microbiología, Anatomía Patológica, y Autopsias. En él pude obtener algunos volúmenes de los estudios científicos que el propio Hospital publicaba bajo la denominación de *Trabajos del Hospital del Rey*³⁶, divididos por etapas. También pude consultar aquí la *Memoria descriptiva del hospital*³⁷, elaborada por Francisco Tello y Ricardo Guereta, y publicada en 1.919. Se trata del proyecto encargado por el Ministerio de la Gobernación a estos dos autores para que desarrollen un estudio del primer Hospital de Enfermedades Infecciosas de Madrid. Aunque el definitivo hospital fue bastante distinto de lo previsto en esta memoria, es importante analizar este documento pues supone un auténtico ensayo sobre el ideal de hospital de enfermedades infecciosas.

Otro documento relevante obtenido en el museo es el *Reglamento para la Admisión de enfermos del Hospital del Rey*³⁸, de 1.925. Constituye una breve recopilación de las normas por las que se regía la vida de las personas ingresadas en el Hospital. Es una buena fuente histórica para el estudio del régimen sanatorial en las enfermedades infecciosas.

Además de los anteriores se han hecho consultas en los siguientes centros documentales:

- KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, 1.993.

³⁵ Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. El Museo tiene la posibilidad de consulta en Internet, a través de la página Web del Instituto de Salud Carlos III.

³⁶ -*Trabajos del Hospital del Rey*. Vol. I (1.929-1.930), Madrid: Ed. Paracelso, 1.930.

-*Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*. Vol. II (1.930-1.931), Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

-*Trabajos del Hospital del Rey*. Vol. V (1.939-1.945), Madrid: Ed. Estados, 1.946.

-*Trabajos del Hospital del Rey*. Vol. VI (1.945-1.946), Madrid: Ed. Estados, 1.947.

³⁷ TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, 1.919.

³⁸ HOSPITAL DEL REY, *Reglamento para la Admisión de enfermos*, Madrid: Est. Tip. Sucesor de Nieto y Compañía, 1.925. Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

• **Archivo General del Instituto de Salud Carlos III.** Se encuentra situado en el recinto del propio Instituto de salud Carlos III. Contiene datos de las diversas obras realizadas en el Hospital, aunque ya hemos comentado que durante el periodo estudiado estos proyectos de obras son escasos y de ellos se conserva muy poca documentación. Además, se han podido consultar planos de edificios del hospital.

• **Departamento de Arquitectura y obras de I. S. Carlos III.** A través de la desinteresada colaboración del Arquitecto D. Francisco Fuster, hemos tenido acceso a material gráfico del Hospital, fundamentalmente planos de los edificios o pabellones principales.

• **Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid**³⁹. Se ha accedido a la colección de revistas, consultando la arquitectura sanitaria de principios de siglo, ayudando a enmarcar el contexto arquitectónico sanitario que existía durante la gestación del Hospital del Rey.

• **Biblioteca de la Real Academia de Medicina.** Existe una recopilación de las conferencias, discursos y trabajos científicos del personal médico del Hospital del Rey. Se solicitaron los artículos, libros y conferencias publicados por los sucesivos directores del Hospital del Rey.

• **Archivo del BOE.** Se han consultado las disposiciones legislativas más importantes en relación con la institución estudiada, fundamentalmente a través de la Gaceta de Madrid.

Una vez recuperada la mayor parte de las fuentes procedí a localizar y revisar la **bibliografía secundaria**. Para ello, me fueron especialmente valiosos los materiales recogidos en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Universidad Complutense de Madrid, la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha y la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Para determinados aspectos del trabajo, me ha resultado también de gran utilidad la información suministrada de forma oral por antiguos trabajadores de la institución. Algunos de ellos me suministraron también documentación relacionada con el Hospital. Sor Dominica Vicente, enfermera retirada del Hospital del Rey, ha escrito una brevísima semblanza personal de su estancia en el Hospital desde 1.936, en la que refleja la experiencia de su contacto directo con los enfermos en las diversas epidemias en las que estuvo presente. Por su parte, el Dr. Martín Navarro, Médico Radiólogo del Hospital del Rey, nos transmitió su experiencia en una entrevista que nos concedió en su domicilio. Ha vivido ligado al Hospital como radiólogo del mismo durante décadas, estando en la actualidad jubilado. Cuando se cerró el Hospital, pudo recoger

³⁹ En concreto, ha sido de gran utilidad el poder consultar la colección de números de la revista *Arquitectura, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos*, entre los años 1910-1925.

material que iba a ser desechado con material epistolar de enfermos con los médicos, y diversos documentos de diversa relevancia.

Tras proceder a la lectura y recuperación de las fuentes y realizar su sistematización con el apoyo de la bibliografía secundaria, comencé a redactar la tesis procediendo a estructurar la presentación de los resultados del siguiente modo. En primer lugar, he optado por realizar un capítulo preliminar en el que intento mostrar resumidamente el contexto sanitario-social de la época y una exposición de los aspectos históricos más relevantes de la gestación y primeros años de funcionamiento del Hospital del Rey. Se pretende realizar así un análisis de la situación y los motivos que propiciaron y justificaron el nacimiento del Hospital. También se realiza un estudio de los aspectos más notorios (régimen administrativo y económico, aspectos arquitectónicos, legales y económicos) de la gestación del Hospital del Rey y de sus primeros años de andadura. Así mismo, creemos que se justifica un breve estudio biográfico de los directores del Hospital del Rey: Marañón, Tapia, Vallejo Simón y Torres Gost.

Posteriormente, se pasa al análisis de los contenidos de las historias clínicas, para lo que he procedido a establecer varios capítulos. En el primero de ellos me ocupo del proceso de incorporación de la tecnología médica en la práctica médica hospitalaria, intentando poner de relieve alguna de las dificultades que plantea su análisis utilizando como fuente las historias clínicas.

Tras ello, en seis capítulos sucesivos se realiza la exposición de los hallazgos que hemos obtenido en relación con cada una de las series de historias clínicas relativas a las seis enfermedades seleccionadas: viruela, tuberculosis, paludismo, tifus exantemático, poliomielitis y fiebre tifoidea. En cada uno de ellos, se ha intentado realizar un análisis similar, siguiendo el mismo esquema en cada capítulo: introducción, datos de filiación, datos epidemiológicos, anamnesis, datos de la exploración física, evolución, exploraciones complementarias solicitadas, y aspectos terapéuticos. Lógicamente, no todas las enfermedades tienen una longitud similar, pues la prevalencia e importancia no es la misma para estas patologías.

La tesis finaliza con el correspondiente capítulo de conclusiones y el de bibliografía, y se añade también un apéndice. En éste se recogen aspectos relacionados con la biografía de los principales trabajadores del Hospital del Rey durante la época estudiada, y diferentes cuestiones legislativas y arquitectónicas del centro.

Durante esta Tesis se utilizan para citar determinadas fuentes unas abreviaturas:

AHCHR: Archivo de historias Clínicas del Hospital del Rey.

APHR: Archivo de Personal del Hospital del Rey.

APMS: Archivo de Personal del Ministerio de Sanidad y Consumo.

2 RESULTADOS.

2.1 CAPÍTULO PRELIMINAR.

2.1.1 El panorama sanitario en la España del Hospital del Rey.

Se ha podido detectar la presencia temprana en Madrid de hospitales de epidemias. Valgan como ejemplo el Hospital de San Antonio Abad o de Pastores, el de Peregrinos y el del Catarro, fundados al final del Medievo⁴⁰. A pesar de la temprana existencia de estas instituciones destinadas a acoger enfermos en tiempo de epidemia, con el tiempo se produjo su completa desaparición. Y paradójicamente, ante la llegada del Siglo XIX, Madrid se encontró frente a las múltiples epidemias coléricas, tifoideas y variolosas sin establecimientos asistenciales especializados. Por ello, cuando se iniciaron las epidemias de gripe de 1.890 y dengue de 1.891, Cortezo alzó su voz en el Congreso, y el Marqués de Guadaleras en el Senado⁴¹, para denunciar la situación.

Un hecho relevante en relación con el itinerario hacia la creación de un hospital de enfermedades infecciosas en Madrid tuvo lugar en 1.892, cuando asumió la Jefatura de la Sanidad española Manuel Martín Salazar. Fue este médico quien logró convencer a varios Ministros para llevar a las Cortes un documento, proyecto de Ley, en el que se contemplaba la construcción de un amplio y bien dotado hospital de enfermedades infecciosas. La labor sería mucho más ardua y difícil de lo que el propio Martín Salazar suponía⁴². Muestra de ello es que, muchos años después, Madrid seguía contando sólo con un pabellón de infecciosos, anejo al Hospital Provincial de Madrid, del que se encargaba el Doctor Gregorio Marañón y creado por suscripción popular, claramente insuficiente⁴³. La falta de políticos verdaderamente interesados en cuestiones de sanidad justifica los retrasos y las carencias en este campo.

⁴⁰ ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

⁴¹ ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

⁴² Aparece la Real Orden de 1.891, y en ella la más antigua referencia oficial al propósito que anima a construir un Hospital de Epidemias. En esta Ley se prevén las condiciones económicas para la construcción del citado Hospital. Se hace referencia por parte del Señor Ministro Bahamonde de las deficiencias de los Hospitales de la capital. También se recuerda el dictamen emitido por el Real Consejo de Sanidad en el que se indicaba como lugar preferente para la construcción del Hospital de Epidemias el Campo de La Moncloa y la cesión de este sitio (50.000 metros cuadrados de terreno) por parte del Ministerio de Fomento. Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

⁴³ ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

Siguiendo a Rico Avello, podemos apuntar que el comienzo de siglo trajo al mundo de la sanidad española dos hechos fundamentales: primero, aparece la Instrucción General de Sanidad de 1.904 que venía a sustituir a la vieja Ley de Sanidad de 1.855, anticuada y en desuso. Y por otra parte, se reinstaura la Dirección General de Sanidad, suprimida en 1.892. Esta decisión la toma el Ministro de Gobernación, Don Eduardo Dato, que confía la Dirección al Doctor Cortezo⁴⁴.

En aquellos años, la Sanidad estaba a cargo del Ministerio de Gobernación. Formando parte de la estructura de este ministerio quedaba englobada la Dirección General de Sanidad, y también, bajo determinados aspectos, la Beneficencia. Evidentemente, la organización no era tan sencilla, pues existían otros organismos como el Real Consejo de Sanidad con gran autoridad, y las Inspecciones Provinciales y Municipales de Sanidad. El problema de la existencia de todas estas instituciones es el reparto de un único presupuesto sanitario. Por otra parte, el presupuesto también recae en otros Ministerios, como el de Hacienda que llega a convertirse en el enemigo número uno de la Sanidad⁴⁵.

La Instrucción General de Sanidad de 1.904, a pesar de tener muchos aciertos, comete un grave error al suprimir la recién restaurada Dirección General de Sanidad, que no aparece hasta pasados veinte años. En lugar de la Dirección General de Sanidad, se crean dos Inspecciones Generales, la de Sanidad Exterior y la de Sanidad Interior. Esta división provoca una pérdida de poder de actuación, que se traduce en una falta de resoluciones en el ámbito sanitario en los años siguientes. Haría falta que pasasen varios años para darse cuenta del error, y en 1.916 se funden las dos Inspecciones en una sola Inspección General de Sanidad.

En el año 1.920, Tello sustituyó a Cajal en la dirección del Instituto Alfonso XIII. Este Instituto tiene una importancia vital para la correcta comprensión de una Institución como el Hospital del Rey. Tanto es así, que no es exagerado decir que el Alfonso XIII es el antecesor histórico del Hospital⁴⁶.

⁴⁴ RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 16, 1.969.

⁴⁵ RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 25, 1.969.

⁴⁶ Este Instituto bien puede considerarse como un antecedente histórico del Hospital del Rey. Le precede con muchos años de anterioridad, creando un ambiente epidemiológico necesario y formando auténticos profesionales de Laboratorio. Es ese el motivo por el que cuando estos profesionales se incorporan al Hospital del Rey, como Manuel Tapia, ponen en práctica todas las enseñanzas que un Hospital de infecciosos requería.

-El Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología, con la denominación de Alfonso XIII se crea por Real Decreto de 28 de Octubre de 1899 siendo Ministro de la Gobernación, Eduardo Dato, durante la regencia de María Cristina.

-PORRAS GALLO, M., Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, *Dynamis*, Vol. 18, pág. 81-105, 1998.

Retomando el tema con el que iniciábamos el capítulo, es decir con la ausencia de instituciones adecuadas para la atención de enfermos infecciosos en el Madrid de comienzos del siglo XX, podemos decir que estas limitaciones se pusieron más de relieve al estallar en Madrid una epidemia de tifus exantemático. Esto constituyó una señal de alarma para los políticos de la época y de manera precipitada se improvisa un hospital de Infecciosos: el Hospital del Cerro del Pimiento⁴⁷. Tan escasa fue la inversión económica, que pasada la epidemia, del Hospital sólo quedaron los muros. La conciencia de los políticos quedó tan insensible como lo estaba antes de dicha epidemia.

Pero el verdadero punto de inflexión en la forma de pensar de los políticos de principio de siglo lo constituye la Gripe de 1.918⁴⁸. No obstante, esta epidemia de tifus exantemático también

⁴⁷ En el año 1.900 hubo una terrible invasión del Tifus exantemático. Las autoridades urgentemente votaron un crédito y levantaron con plausible rapidez un hospital de Infecciosos, en lo que llamaban Cerro del Pimiento, amplia extensión de terreno a la derecha de los desmontes de la Moncloa, al final de las calles de Blasco de Garay y Andrés Mellado, entre el cementerio de San Martín y el paso del Canalillo. El sitio no resultaban muy a propósito, porque estaba como encerrado entre desmontes, con el azote de los vientos del Guadarrama y orientando las corrientes del mismo hacia el barrio de Vallehermoso. Era pues, un sitio lejano y extraviado. A los mendigos se les despojaba de sus ropas que se quemaban. Entre los médicos que dirigieron la asistencia facultativa figuraron los grandes clínicos: Codina, Madinaveitia, García Coello y Lozano. Fallecieron contagiados varios internos Médicos de Guardia y religiosos. En pocos meses, quedó desmantelado el Hospital. ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

⁴⁸ La Gripe, con la epidemia de 1.918 dejó aproximadamente 147.114 defunciones. Previamente, la mortalidad anual por Gripe nunca había sido inferior a 7.500 defunciones. En Madrid, la epidemia comenzó con las festividades del Patrón San Isidro, achacándose en un principio la sintomatología a una epidemia catarral. La alarma se dispararía a partir del mes de Mayo, cuando la población madrileña rondaba los 800.000 habitantes. Adelantándose a los acontecimientos, el Director General de Sanidad, denunció que España carecía de forma absoluta de laboratorios, Institutos y de personal idóneo para hacer frente a lo que se venía encima. Pronto, la prensa hace correr opiniones para todos los gustos recordando la última epidemia alarmante de 1.889-1.890. La epidemia gripal se extiende y generaliza, apareciendo los bulos y errores de siempre: el miedo al agua, los alimentos, el aire viciado de los cafés, escuelas, etc. Cuando el mal asume características internacionales, algunos países reviviendo la Leyenda Negra, califica a España de nación poco higiénica, incluso, se llega a llamar a la Epidemia como la Gripe Española. La creencia que domina atribuye al Bacilo de Pfeiffer la etiología causal. En medio de la epidemia se vuelven a crear bulos, y se hace correr en determinados ambientes de la población que se trata de un bacilo pestoso. Es el propio Ramón y Cajal el que se encarga de negar y rectificar públicamente el error. Esto viene a demostrar que no todos los políticos carecían de interés por la amenaza que suponían las enfermedades infecciosas. Es evidente que aquellos que por su formación médica comprendían la trascendencia de la situación, alzaron la voz con fuerza, pero sus peticiones no siempre fueron escuchadas ni atendidas. En el verano de 1.918, la epidemia se atenúa, para reaparecer con mayor crudeza en los primeros meses de 1.919. Es entonces cuando los estudiantes de último curso de Medicina se ofrecen voluntarios a prestar asistencia médica, evidenciando que la situación desbordaba ampliamente el sistema sanitario de la época. El tratamiento de la Gripe se reducía al reposo en cama, Salicipirina, Sulfato de Quinina, dieta láctea y balneoterapia. En caso de complicación bronconeumónica, se empleaba el Suero Antidiftérico. Las medidas como rociar a los viajeros con Formol, Azufre o Zotal son absolutamente anecdóticas. La epidemia cesa a finales de 1.919, dejando a su paso una morbilidad de ocho millones de casos y una mortalidad que excede 160.000 defunciones. El Siglo Médico admitirá que la situación sanitaria pasada fue una de las más críticas de nuestra historia. La delicada situación hará dimitir al Gobierno nacional. Desgraciadamente, España tiene que pasar por estas circunstancias para que se produzca un cambio de sensibilidad sanitaria en los políticos. Podríamos decir que la antigua idea de poseer un Hospital de epidemias en Madrid, vuelve a retomarse con fuerza a partir de estos tristes acontecimientos. Cabe preguntarse si se hubiera modificado en algo la epidemia de Gripe si en 1.918 hubiera existido el Hospital del Rey. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 249-252, 1.969.

contribuye a demostrar la absoluta carencia de medios sanitarios de la capital en caso de una epidemia de dimensiones importantes.

Por otra parte, la presencia de la tuberculosis suponía otra de las grandes preocupaciones de la sanidad de la época. No era una enfermedad que se presentara en forma de brotes, pero constituía una endemia, cuyos números de morbilidad alcanzaban cotas imparables. De ahí la preocupación de la sociedad y de la clase política, que se traduce en la creación de instituciones que contribuyeran a frenar el avance imparable de la tuberculosis. En 1.906, se crea la Comisión permanente de la Lucha contra la tuberculosis. Afortunadamente, la Lucha contra la tuberculosis no estaba sola ya que contaba con la colaboración de la Liga popular antituberculosa. Fruto de esta cooperación, se construyen los primeros Dispensarios -Victoria Eugenia, María Cristina, Príncipe Alfonso-, y más tarde, los Sanatorios de Valdelatas de 1.915, y el de Húmera en 1.917. Pasados los años, como ya se verá más adelante, algunos profesionales del Hospital del Rey llegarán a ser directores de instituciones dependientes de la Lucha contra la tuberculosis⁴⁹.

Por último, y para dejar constancia de que la situación sanitaria no permitía vislumbrar el optimismo quizás sea suficiente hacer un pequeño repaso de los números de afectados causados por las enfermedades infecciosas que afectaban al Madrid de principios de siglo. Los dos primeros años de siglo dejan cifras alarmantes en lo que se refiere a las enfermedades infectocontagiosas⁵⁰. En Madrid, durante el primer decenio, las enfermedades más frecuentes son la tuberculosis, neumonía, viruela y meningitis⁵¹.

El segundo decenio está profundamente marcado por la aparición de la epidemia de Gripe en 1.918. Para encontrar algo semejante hay que remontarse a 1.885, con la epidemia de cólera.

En resumen, en diecisiete años, las pérdidas por mortalidad infecciosa se calculan en 1.557.000 habitantes.

Esta situación, sin duda susceptible de ser ampliamente mejorada, empezó a recibir un notable empuje hacia su modificación cuando Martínez Salazar, Inspector General de Sanidad, consiguió impulsar la Real Orden del Ministerio de la Gobernación del 24 de Abril de 1.913, firmada por el Ministro Alba, mediante la que se encargaba al Arquitecto de la Inspección General de Sanidad Ricardo García y Guereta, el estudio y formación de un proyecto de Hospital

⁴⁹El último hecho destacable de principios de siglo es la apertura del Sanatorio-leprosería de Fontilles. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 99-100, 1.969.

⁵⁰ La viruela se lleva a más de 11.500 españoles, el sarampión 30.500, la fiebre tifoidea 21.000, el paludismo 8.500, y la tuberculosis, reina y señora, a 7.500. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 84, 1.969.

⁵¹ RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 88 y 91, 1.969.

para el tratamiento y aislamiento de enfermos infecciosos en Madrid, que hasta entonces se atendían en el Hospital Provincial, donde la ubicación y el hacinamiento dificultaban el aislamiento⁵².

A pesar de ello, el proyecto tardó en hacerse realidad. Gran parte de la responsabilidad en esta demora se debió a que los años comprendidos entre 1910 y 1920 constituyen una etapa de enorme agitación social. Los datos hablan por sí solos: en 1.914, se producen 264 huelgas, en 1.918 el número es de 620, y el año de 1.920 alcanza la cifra de 1.386 conflictos laborales⁵³.

La Sanidad siempre queda en segundo o tercer lugar. Los sanitarios-políticos de la época hacen frente común para sacar adelante la Ley de profilaxis pública de enfermedades infecciosas y las aspiraciones profesionales y económicas de los médicos rurales. El año de 1.917, con el movimiento revolucionario de Oviedo, se necesitó la presencia de seis compañías de Infantería y un escuadrón de caballería para sofocarlo. Ante semejante situación el Ministerio de Gobernación no tiene más ocupación que mantener el orden público.

En ese momento, los servicios de aislamiento de enfermos seguían constituyendo una necesidad perentoria. Por ese motivo, aun sin disponer de una Ley de Epidemias y, tan solo como recurso paliativo, en 1.914 se crea por suscripción popular un pabellón de Infecciosos anejo al Hospital General. Resulta a todas vistas insuficiente.

En 1.916, se crea el Hospital San Francisco de Paula, más tarde Obrero o de Maudes, para atender enfermedades o accidentes laborales. También, se crea el Hospital para Convalecientes Indigentes de la Santísima Virgen y San Celedonio, construido en el camino de Chamartín de la Rosa. Como se puede imaginar, estos recursos son parches que se van poniendo a la desastrosa situación sanitaria del complicado Madrid de principios de siglo.

Fue Romanones quien al acceder a su segunda presidencia, mostró algún interés por la lucha antiinfecciosa. De esta forma, en 1.916, Ruiz Jiménez se encargó de formar la Junta Técnica, Asesora e Inspector de las obras para el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Análogo espíritu, semejante inquietud anima a la nueva reglamentación del Instituto Alfonso XIII⁵⁴. Esto quedó reflejado en la Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916⁵⁵ que es la

⁵² Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunwerb Editores, Pág. 153-154, 2002.

⁵³ Canalejas, presidente, representante liberal, caerá mortalmente herido ante la librería San Martín en la madrileña Puerta del Sol. Un poco más tarde, Don Alfonso XIII sale ileso de un atentado en la calle de Alcalá. Y por último, Eduardo Dato es asesinado en la Plaza de la Independencia (Puerta de Alcalá) por tres anarquistas. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 152-153, 1.969.

⁵⁴ De nuevo, se pone de manifiesto la existencia de una estrecha relación entre el futuro Hospital del Rey y el Instituto Alfonso XIII. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 168, 1.969.

que realmente dio origen al actual Hospital de Enfermedades Infecciosas de Madrid. Esta Disposición consta de dos partes: un preámbulo y una parte dispositiva propiamente dicha⁵⁶. El preámbulo, tras el cual se ve la sombra de Don Manuel Martín Salazar, es una justificación de la construcción del Centro y a la vez sirve como un magnífico compendio de doctrina sanitaria. Se hace hincapié en los siguientes puntos:

- Aislamiento-Asistencia: El Real Decreto planteó crear diez hospitales de enfermedades Infecciosas en provincias, definiendo la necesidad urgente de contar en la capital de España con un Hospital de aislamiento para enfermos contagiosos graves ya que las Salas de Infecciosos del Hospital Provincial eran insuficientes.

- Investigación: Se pretendía que el futuro Hospital abordase una faceta de investigación coordinándose en esta labor con el Instituto Nacional de Higiene “Alfonso XIII”.

- Enseñanza: Se vincula al centro una tarea docente no sólo desde el punto de vista clínico sino incluyendo otros aspectos sanitarios, epidemiológicos, inmunológicos y microbiológicos, pretendiendo constituir una Escuela de Médicos Higienistas, idea previsor de lo que posteriormente fue la Escuela Nacional de Sanidad.

La parte dispositiva de la Real Orden de 1.916 decreta la creación u constitución de un “Junta Técnica Asesora e Inspectora” de las obras para la construcción del Hospital⁵⁷, fijándose sus componentes del siguiente modo: Inspector General de Sanidad del Reino, Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, un médico Higienista del Instituto Alfonso XIII, dos médicos del Hospital, un Arquitecto especializado y un Secretario designado por la Inspección General de Sanidad. Esta Junta designó una ponencia integrada por el Arquitecto García Guereta y por el Subinspector de Sanidad, Francisco Tello, que elaboraron un proyecto de Hospital de pabellones, siguiendo el modelo del Hospital Pasteur de París⁵⁸. La Memoria relativa a dicho proyecto no se publica hasta 1.919.

García Prieto, Presidente ya tras la gripe de 1.918, llevó al Consejo de Ministros la reestructuración de Sanidad, manifestación de buenas intenciones que desgraciadamente, no

⁵⁵ *Gaceta de Madrid*, Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916. Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunwerb Editores, Pág. 153-154, 2002.

⁵⁶ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

⁵⁷ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975. *Gaceta de Madrid*, Preámbulo de la Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916, por la que se crea la Junta Técnica Asesora e Inspectora de las obras para la construcción del Hospital. Firmado por Ruiz Jiménez. Inspector de Sanidad. Publicado el 10 de Septiembre de 1.916.

⁵⁸ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

llegaron a desarrollarse⁵⁹. En 1.919 se erigió una comisión sanitaria con aspiraciones ambiciosas, que tampoco llegaron a ver la luz⁶⁰. Una de estas aspiraciones correspondía a la futura creación de un Hospital de enfermedades infecciosas.

Podemos así comprobar que desde el inicio del nuevo siglo, está muy presente en los debates parlamentarios la necesaria creación de un Hospital de Epidemias en el Madrid de la época. La carestía económica y el hecho mismo de tratarse de enfermedades epidémicas, es decir, con periodos de relativa calma tras la tormenta, hacía que los políticos se olvidaran pronto de la necesidad de construir el Hospital. Esto retrasó el inicio de la construcción del Hospital durante años y años. Sin embargo, la epidemia de gripe de 1918-19 actuó como un catalizador importante de las actuaciones encaminadas a la creación en Madrid de un hospital de enfermedades infecto-contagiosas. No sólo se decidió la creación de dicho hospital, sino que se adoptaron también otras medidas que hablan a favor de que esa epidemia impulsó el interés por acometer de forma adecuada el problema que originaba en la sociedad ese tipo de patología. Por este motivo, y sin esperar a que llegaran otras epidemias, se sacó a concurso la compra del solar en el que se construirá el futuro Hospital de epidemias y se adquirieron los terrenos adecuados⁶¹. Se aprueba la oferta del Señor Eguiguren de unos terrenos del término municipal de Chamartín de La Rosa (Real Orden de 29 de Noviembre de 1.918)⁶², pero la construcción del Hospital del Rey tuvo que esperar, ya que en 1.919, siendo ministro Gimeno, paradójicamente la subasta de construcción del Hospital del Rey quedó desierta.

El interés por mejorar la capacidad de luchar contra las enfermedades infecto-contagiosas se refleja también en la aparición de iniciativas de carácter privado. En 1918, se creó en Madrid el THIRF, un instituto destinado a la preparación de sueros y vacunas dotado de medios modernos para desempeñar su tarea. Por su parte, Pittaluga pone en marcha el IBYS (Instituto de Biología y Sueroterapia), que en 1.929 se fusiona con el anterior.

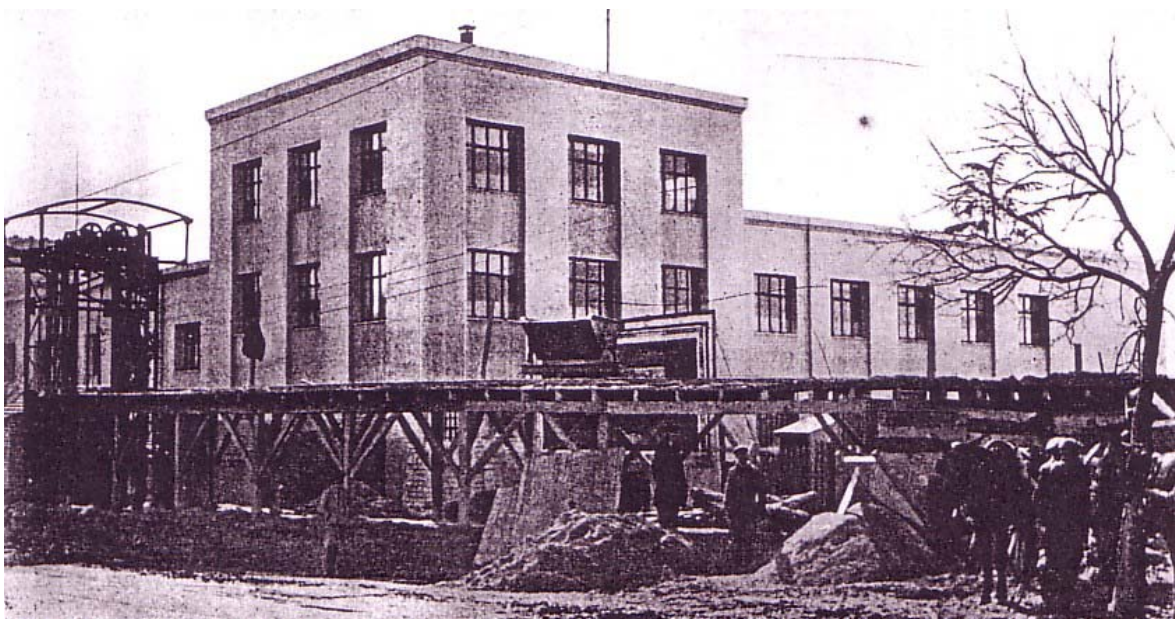
⁵⁹ proyecto de creación de diez Institutos de Higiene, nueve Hospitales de aislamiento, tres Leprosías y cuatro Sanatorios marítimos y de altura para Tuberculosis. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 171, 1.969.

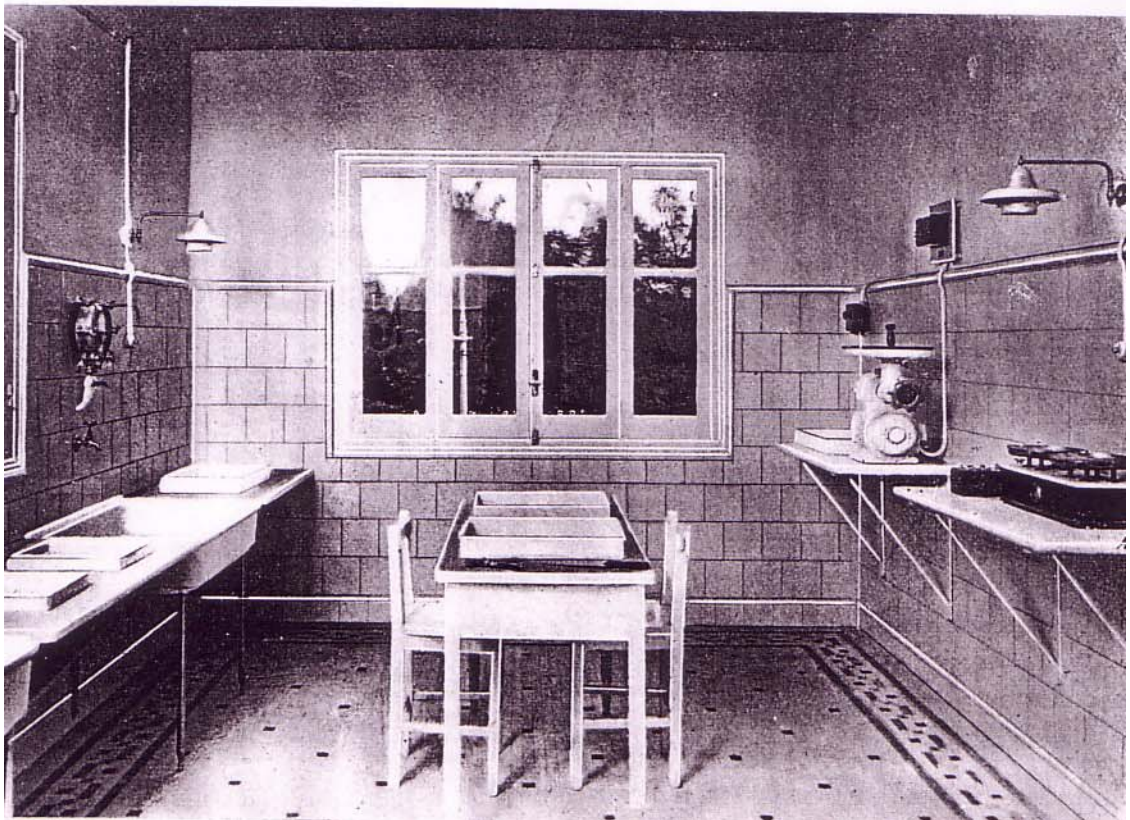
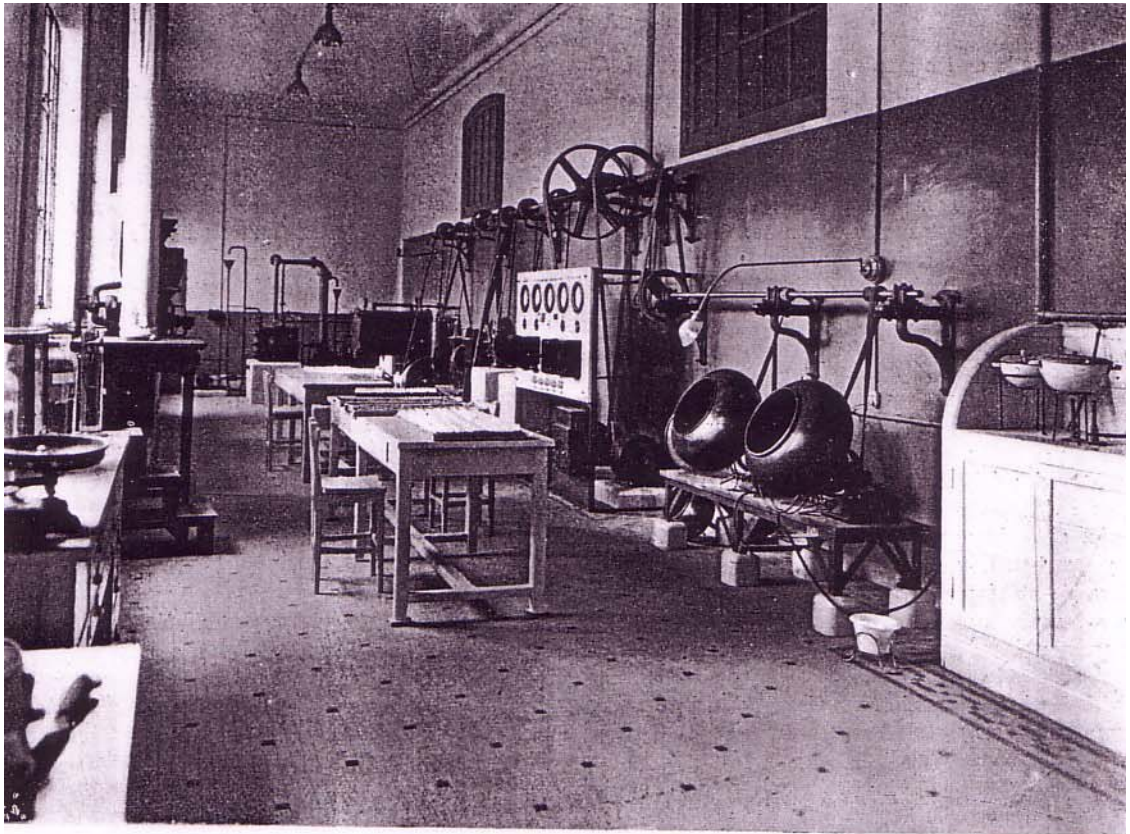
⁶⁰ Creación de la Dirección General de Sanidad, creación de Institutos Provinciales de Sanidad, incremento y mejora del Instituto Alfonso XIII. También se menciona la Lucha antituberculosa y antipalúdica, y la Ley de epidemias con la creación de Inspecciones municipales de Sanidad. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 161, 1.969.

⁶¹ El Ministerio de Hacienda acepta la oferta del Señor Eguiguren para adquirir un solar en el término de Chamartín de la Rosa, próximo a la carretera de Francia. Con anterioridad, se pensó en construirlo en la Moncloa, pero Bahamonde, Vizconde de Matamala, dejó pasar la oportunidad. RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 174, 1.969.

⁶² *Gaceta de Madrid*, Real Orden de 29 de Noviembre de 1.918. Publicado el 3 de Diciembre de 1.919.

Llama poderosamente la atención la modernidad y funcionalidad del THIRF, una edificación de principios de siglo (figuras 1-5). Se puede decir sin orgullo que nuestra arquitectura sanitaria antes de la Guerra empezaba a estar a nivel europeo.





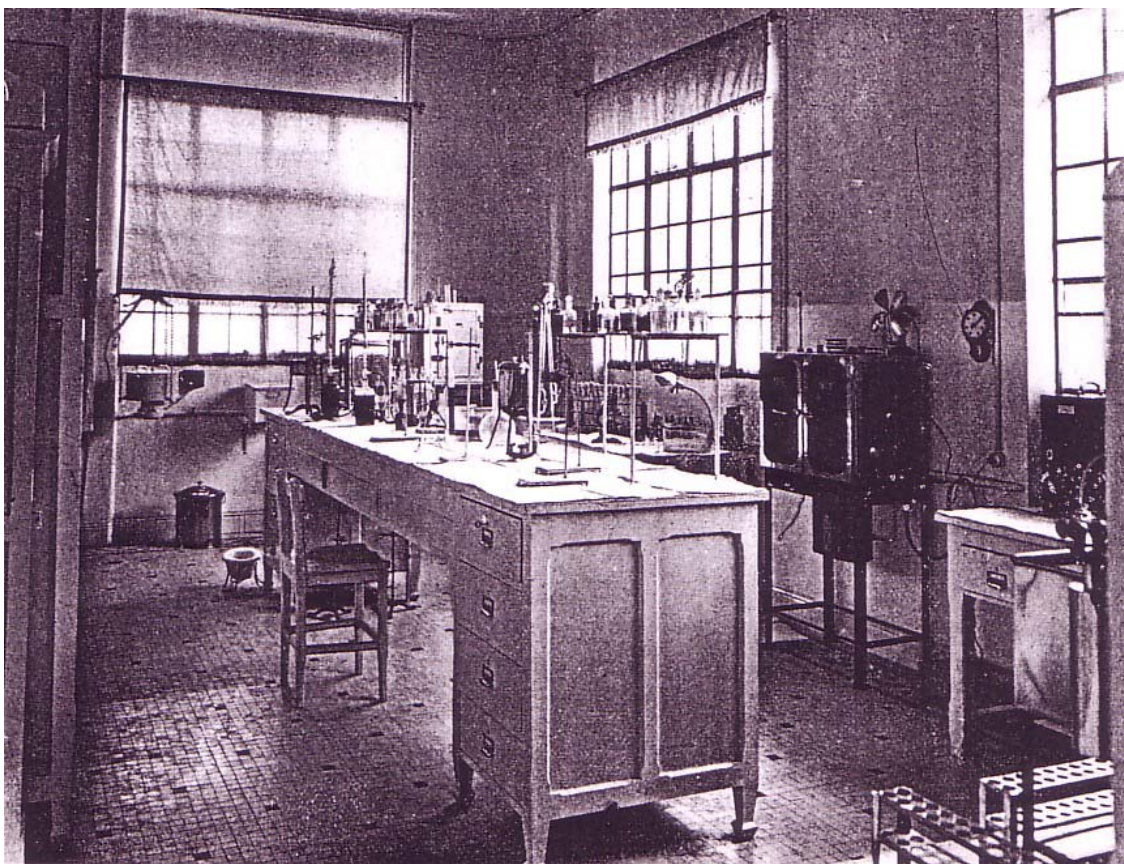
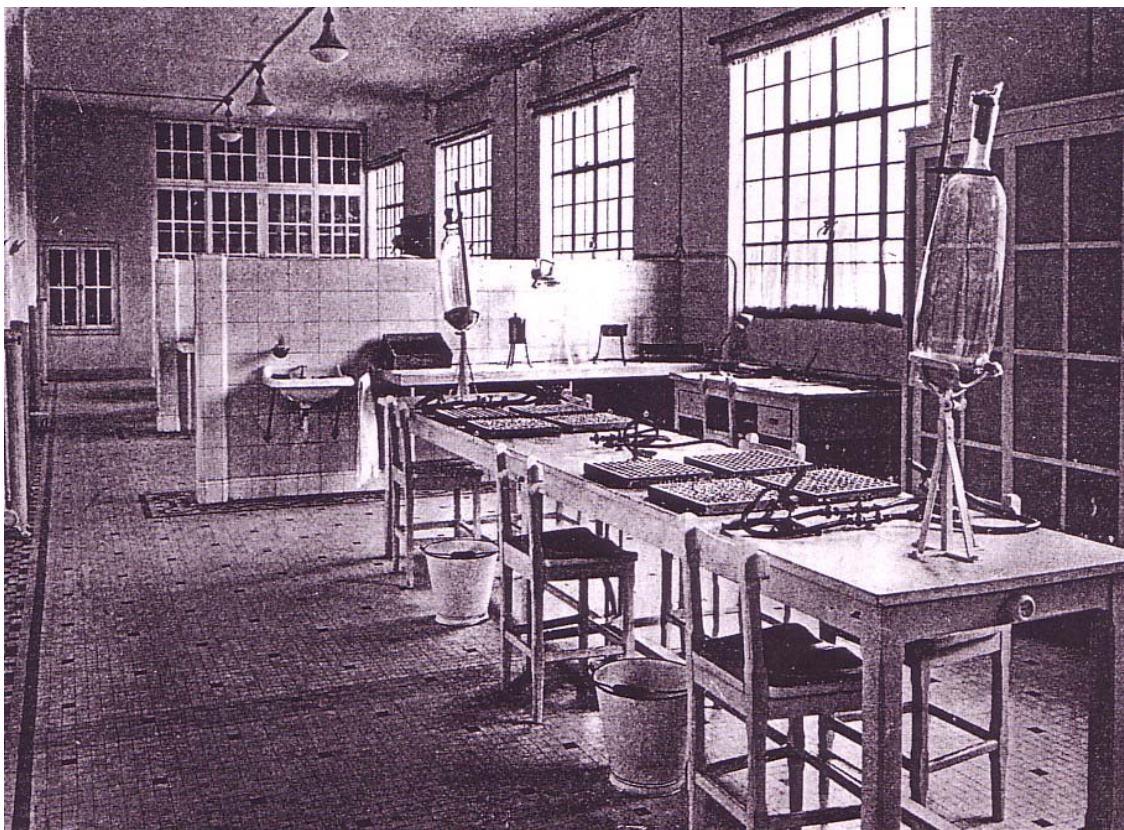


Fig. 1-5. Distintas estancias y aspectos de la construcción del Instituto THIRF.

En el proceso de gestación del Hospital del Rey hay que destacar que, tanto en la Institución General de Sanidad (1904), como en el Real Decreto de 10 de Enero de 1.919, se dedican varias páginas y capítulos a las medidas preventivas contra infecciones y epidemias, imponiéndose la obligación ineludible de declarar las enfermedades transmisibles y determinando el aislamiento forzoso cuando los impusieran las circunstancias. Es evidente que el aislamiento era difícil de llevar a cabo, al carecer de Instituciones idóneas para poder realizarlo⁶³. A partir de la publicación del Real Decreto de 1.919, puede decirse que la construcción del Hospital era un hecho. En la Ley de Presupuestos para 1.920-21 figura el crédito “Para construcción del Hospital del Rey en Madrid”⁶⁴.

Lo más trascendente de los años de 1923-1925 desde el punto de vista político es la constitución, por parte de Primo de Rivera, de un Directorio militar que corresponde a los años 1.923-1.925 (figura 6). Durante este período, la larguísima etapa de Martín Salazar como Inspector General de Sanidad, se acaba. Justo antes, tiene lugar la restitución de la Dirección General de Sanidad. El 5 de Diciembre de 1.923 es nombrado Francisco Murillo y Palacios Director General de Sanidad. El Doctor Palanca es nombrado Inspector General de Sanidad de Madrid.



Fig. 6. Directorio militar de Primo de Rivera.

⁶³ SÁENZ VALIENTE, PILAR, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 7, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

Tras largos años de espera y proyectos frustrados, por fin tiene lugar el inicio de la construcción y la inauguración de ansiado Hospital de infecciosos de Madrid⁶⁵. La inauguración del Hospital del Rey tuvo lugar el 25 de Enero de 1.925, con personal facultativo interino⁶⁶.

No obstante, se producen otros hechos a destacar, y entre ellos, la creación de la Escuela Nacional de Sanidad. Murillo es quien da luz al proyecto de formación de médicos que en su día ideó Martín Salazar: la Escuela Nacional de Sanidad. Por Real Decreto de 9 de Diciembre de 1.924⁶⁷ se crea esta Institución, haciendo partícipes de la formación sanitaria postgraduada de Médicos al Instituto Nacional de Higiene y al Hospital del Rey. Y en 1.925 se crea una comisión (en la que participa Manuel Tapia como Director del Hospital del Rey) para regular las enseñanzas de la Escuela Nacional de Sanidad. Los alumnos que vayan acabando sus estudios en la Escuela Nacional de Sanidad pasarán a formar parte del Cuerpo de Sanidad Nacional, que nace de la fusión de Sanidad Interior, Exterior e Instituciones Sanitarias.

Para hacer una aproximación a los meses que precedieron a la inauguración del Hospital del Rey es de gran interés seguir a un autor que vivió en primera persona dichos acontecimientos: Torres Gost. En su libro sobre el Hospital del Rey, deja anotadas sus impresiones del ambiente sanitario de 1.923-1.924. A pesar de estas iniciativas a comienzos de los años 20 el ambiente sanitario no dejaba de ofrecer problemas. La valoración que efectuó en ese sentido Torres Gost, quien, como veremos habría de llegar a ser Director del Hospital del Rey, no fue nada favorable:

“Con el paso de los años, la situación no mejoraba y Madrid y España en 1.923 eran la imagen del descuido más completo de las reglas higiénicas públicas y fundamentales. En ese ambiente tan desaliñado no era raro que se difundiera de una manera preferente la fiebre tifoidea y que las enfermedades tíficas adquirieran carácter dominante”⁶⁸.

⁶⁴ Ley de Presupuestos para 1.920-1.921. Capítulo XXXVII. Recogido y cedido por D. Ramón Navarro en su Historia de Sanidad, pendiente de publicación.

⁶⁵ Consecuencia de todo esto fue el nuevo empujón que recibió el proceso de construcción del Hospital del Rey de Madrid, iniciándose las Obras aproximadamente en 1.920. TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 16-18, 1.975.

⁶⁶ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

⁶⁷ Real Decreto de 9 de Diciembre de 1.924. *Gaceta de Madrid*, nº 347, Pág. 1196, Publicado el 12 de Diciembre de 1.924.

⁶⁸ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 13, 1.975. Los gobernantes pensaron con acierto en construir un Centro Especial para la asistencia de la Tifoidea, pero acertar a decir cuándo y dónde se construiría, era cosa de adivinos; los enfermos se acumulaban en las salas de los Hospitales Generales produciendo un auténtico problema de aislamiento. La asistencia a los brotes epidémicos, especialmente de viruela, era una cosa muy ardua por falta de medios técnicos, por falta de personal y por ignorancia. Era realmente inhumano seguir manteniendo este almacén de enfermos, y estaba en la conciencia de todos los políticos hacer algo para remediarlo.

Un hecho especialmente grave denunciado por Torres es la falta de sensibilidad de los propios médicos hacia las enfermedades infecciosas:

“Otra falta común (debida especialmente a los médicos) era la de mezclar, en una sala de medicina, enfermos crónicos con varios agudos de distinta naturaleza, aun cuando existiera una o dos salas dedicadas en cada Hospital a enfermos infecciosos. Sin embargo había un pequeño grupo de estos enfermos diseminado por el Hospital. Esto era un motivo más para pensar en edificar un nuevo Hospital, dedicado íntegramente a las enfermedades infecciosas”⁶⁹.

Quizás estas declaraciones no pueden hacerse extensivas a todos los médicos de aquellos años. Sabemos que el Doctor Marañón y todos sus discípulos del Hospital General eran extremadamente cuidadosos al respecto. Otra cosa es que muchos médicos tuvieran realmente problemas serios de espacio para poder realizar una efectiva separación de los enfermos infectocontagiosos.

Por último, a través de Torres, podemos aclarar por qué el original nombre de Hospital de epidemias, se desecha:

“En principio, la futura institución fue pensada como Hospital de Epidemias, pero por el hecho de que la mayor parte de las enfermedades infecciosas tenían brotes epidémicos dentro de su carácter endémico, se consideró mejor calificarlo con la denominación de Hospital de Infecciosos, con lo que se resolvía el problema de Madrid y zonas colindantes para hospitalizar las enfermedades Infecciosas que surgieron en la Capital y en las Provincias limítrofes”⁷⁰.

2.1.2 Arquitectura del Hospital del Rey.

Intentamos conectar el Hospital del Rey con el contexto arquitectónico de su época, del cual lógicamente no podría estar separado. Es importante intentar dilucidar a la luz de las discusiones de la época si puede o no hablarse de una arquitectura específica para Hospitales de Infecciosos en aquellos años. Para este tema hemos recurrido a la revisión de las revistas de Arquitectura de principios de siglo XX recogidas en la Biblioteca del Colegio de Arquitectos de Madrid.

El diseño arquitectónico del Hospital del Rey fue obra de García Guereta quien había mostrado un interés marcado por la arquitectura de las instituciones sanitarias. Es por este motivo por el que nos interesamos por estudiar los artículos publicados por el arquitecto García

⁶⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 15, 1.975.

Guereta, autor de la Memoria Descriptiva del Hospital del Rey. Estos textos fueron publicados en la revista *Arquitectura*, órgano oficial de la Sociedad Central de Arquitectos.

Recogemos sus opiniones en el número de Julio de 1.918: “Han pasado siglos sin que médicos ni arquitectos definieran, cada uno en su esfera y radio de acción, lo que debe ser la *Arquitectura Sanitaria*”⁷¹.

Sí existen, según su opinión, unas características que deben conformar esta arquitectura:

“Una distribución clara, sencilla, esquemática, con abundancia de aire, luz y sol. Una construcción sólida con caracteres de permanencia e incombustibilidad. Una decoración en la que predomine la línea horizontal con sobriedad extremada en los detalles. Unas condiciones de Higiene que permitan el pleno disfrute de las propiedades químicas y biológicas de un aire en un estado de pureza”⁷².

A continuación⁷³, pasa a exponer un resumen descriptivo de un tipo arquitectónico especial: los Sanatorios para niños pretuberculosos. En 1.918, España contaba sólo con el de Oza en La Coruña, y el de Pedrosa en Santander (figura 7-8). Planta principal y fachada del Sanatorio Marítimo de Santander), ambos propiedad del Estado. Son Instituciones a las que se derivan los niños con signos de sospecha de tuberculosis. Los efectos de estas estancias, según el autor, son muy beneficiosos, siendo verdaderamente maravilloso verificar lo que en varios meses se transforma la naturaleza, recuperando de forma paulatina la salud estos niños, al amparo de un régimen científicamente estudiado. Se dividen estos sanatorios en marítimos y de altura.

Ilustra este artículo con fotos provenientes de dichos sanatorios, así como otros muy curiosos de Alemania, Inglaterra y América del Norte.

⁷⁰ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 16, 1.975.

⁷¹ GARCÍA GUERETA, RICARDO, De *Arquitectura Sanitaria*, *Arquitectura, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos*, Año I, nº 3, Pág. 45-47, Madrid, 1.918.

⁷² GARCÍA GUERETA, RICARDO, De *Arquitectura Sanitaria*, *Arquitectura, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos*, Año I, nº 3, Pág. 45-47, Madrid, 1.918.

⁷³ GARCÍA GUERETA, RICARDO, Los Sanatorios para niños pretuberculosos, *Arquitectura, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos*, Año I, nº 3, Pág. 126-180, Madrid, 1.918.

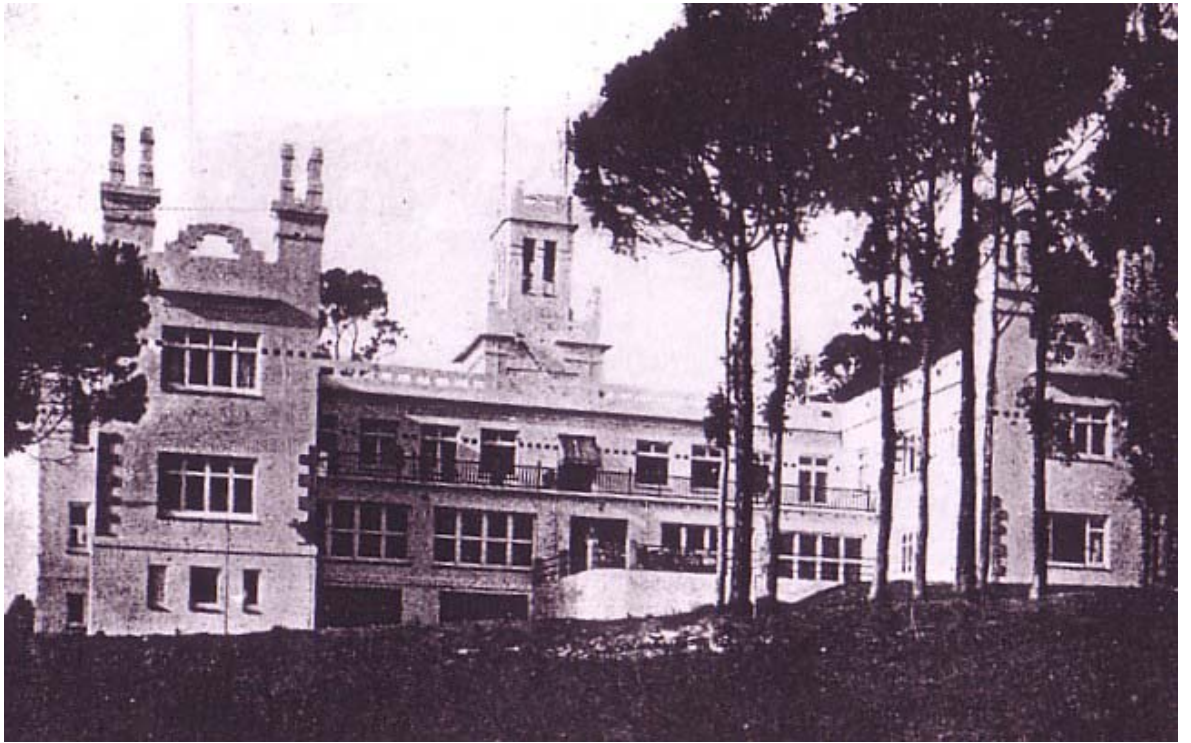


Fig. 7. Fachada del Sanatorio Marítimo de Santander.

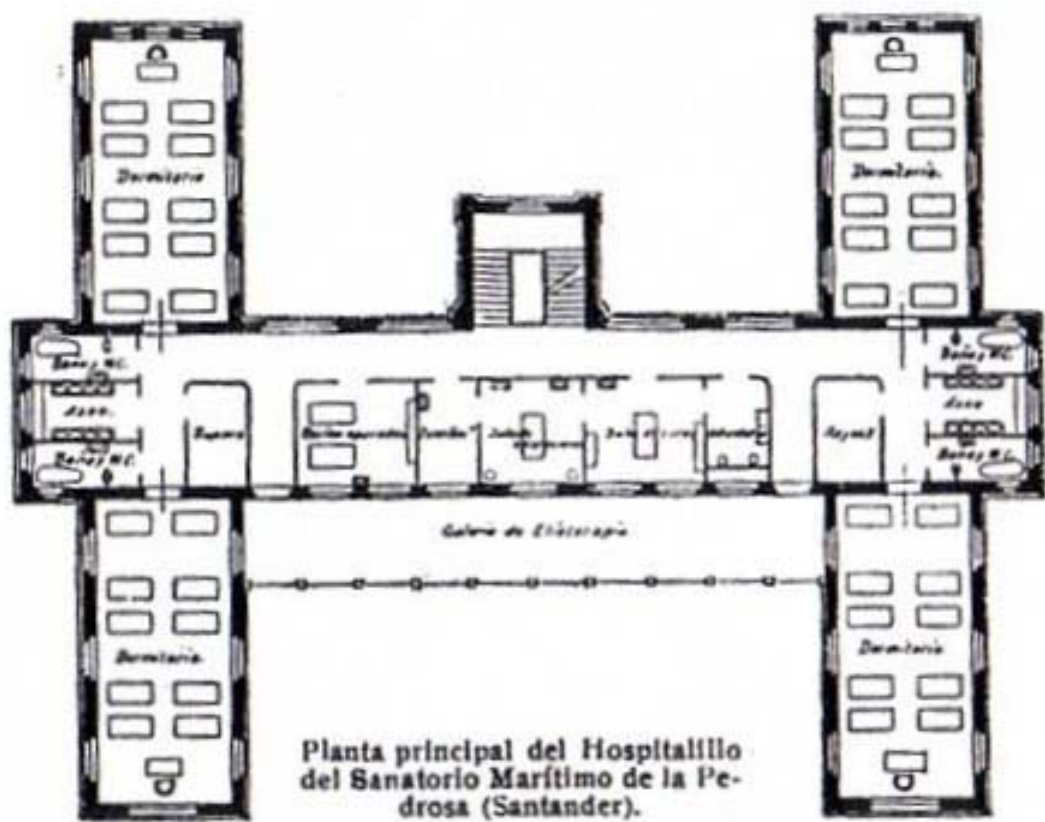


Fig. 8.

Se acaba este artículo con un comentario que puede reflejar en parte la polémica a la que estaba sometida la Arquitectura de la época. El problema radicaba en el modelo elegido, siendo algunos autores partidarios de no escatimar recursos económicos para los enfermos. Otros arquitectos, sin embargo, estaban mucho más a favor del criterio práctico y económico.

Nadie en la España de 1.918 ponía en tela de juicio la necesidad de construir instituciones sanitarias, de las cuales tan carentes era nuestro país; el problema radicaba en cómo y qué modelo seguir. Así, Ricardo García Guereta, en el mismo artículo, nos comenta:

“Aquí habrá quien piense que estos edificios (refiriéndose a los sanatorios para niños) son muy lujosos, que estas instalaciones son costosísimas, que es perjudicial para unos niños pobres hacerles vivir unos meses en un ambiente de confort y alegría. Respeto su modo de pensar, aunque el mío es diametralmente opuesto: Yo pienso que un niño enfermo lo merece todo”⁷⁴.

Leemos, sin embargo, en otro artículo de *Arquitectura* de los mismos años que el publicado por Guereta, la opinión contraria, partidaria del criterio economicista.

Así, se hace referencia al número de Hospitales que estaban en construcción en la España de entonces:

“En ninguna otra época se han construido tal cantidad de edificios destinados a la hospitalización como en la nuestra. Empiezan a invadir el campo, las sierras y las playas. En nuestro país se han construido determinados hospitales con extraordinario lujo, invirtiendo en ellos sumas cuantiosas en obras que no tienen por objeto aumentar las condiciones higiénicas y sí darles aparato monumental, constituyendo grandes equivocaciones”⁷⁵.

Y continúa el mismo autor con contundentes argumentaciones en contra de los excesos en arquitectura sanitaria:

⁷⁴ GARCÍA GUERETA, RICARDO, De Arquitectura Sanitaria, *Arquitectura, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos*, Año I, nº 3, Pág. 45-47, Madrid, 1.918.

⁷⁵ Algunos Hospitales Modernos, *Arquitectura, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos*, Año V, Pág. 104-117, Madrid, 1.922.

“Nuestra falta de proporción y medida hace que de edificios hospitalarios nauseabundos y vergonzosos, queramos pasar a tener palacios para alojamiento de los enfermos. ¿Qué vienen a hacer en estas salas de lechos en línea los lujos inútiles y pesados? Se satisface con ello la vanidad de fundadores y artífices, y a gentes humildes que viven estrechamente, trayéndoles a pasar sus horas de dolor a verdaderos palacios”⁷⁶.

Quizás resulten un poco exaltadas estas declaraciones, pues no creemos que nuestra menguada economía permitiese en modo alguno proyectar los lujosos Hospitales que aquí se describen. Ya lo hemos comprobado en la Memoria descriptiva del Hospital del Rey, pues de un proyecto inicial de diecisiete pabellones se queda en cuatro por dificultades económicas. ¿Qué hubiera sido del Hospital del Rey si se hubiese proyectado de forma inicial con cuatro pabellones?

Parece más bien que bajo las críticas al lujo sanitario se deja ver las opiniones de un político que intenta ahorrar una buena partida al gasto sanitario en los presupuestos del Estado.

Como ejemplo de lo aquí expuesto podemos observar los proyectos arquitectónicos presentados a un concurso para un Dispensario antituberculoso y antivenéreo en Palencia en el año 1.928. Podemos comprobar que el modelo elegido para la construcción definitiva fue precisamente el más sencillo arquitectónicamente⁷⁷ (Figuras 9-13). La primera de estas imágenes fue la ganadora.



⁷⁶ Algunos Hospitales Modernos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año V, Pág. 104-117, Madrid, 1.922.

⁷⁷ Concurso de Proyectos para un dispensario antituberculoso y antivenéreo en Palencia, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año IX, Pág. 348-357, Madrid, 1.928.

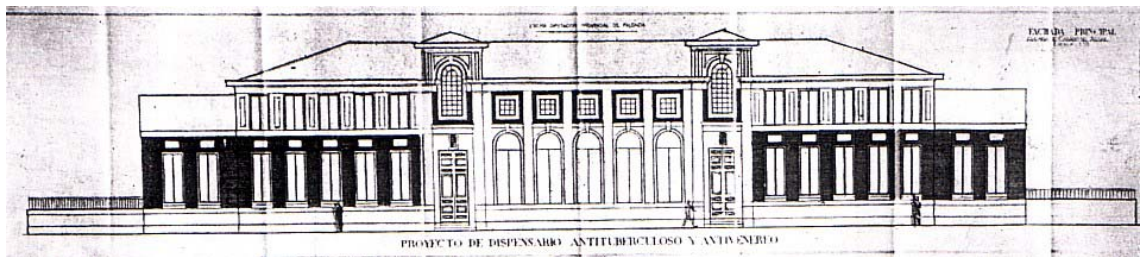


Fig. 9-13. Proyectos arquitectónicos presentados a un concurso para un Dispensario antituberculoso y antivenéreo en Palencia.

Arquitectura para la lucha antituberculosa: principios de Siglo XX.

Sólo teniendo en cuenta lo que significaba el peligro de la tuberculosis podemos comprender el gran esfuerzo presupuestario que supuso la construcción de numerosos Sanatorios frente a otras instalaciones sanitarias. El Sanatorio, el Dispensario antituberculoso y el Hospital para tuberculosos formaban la llamada “unidad antituberculosa”.

El enfermo era clasificado y tratado según las características de sus lesiones. Si éstas eran incipientes, el enfermo era enviado a un Sanatorio donde tenía probabilidades de curar a través de un régimen higiénico-dietético. Si sus lesiones se consideraban incurables, se le internaba en Hospitales especiales o pabellones anejos a los Hospitales Generales (Enfermerías) con la finalidad primordial de aislar de la sociedad el foco de infección.

Por su parte, los niños con tuberculosis ósea o ganglionar eran ingresados en los llamados Sanatorios marítimos, ya que el clima de la playa se consideraba beneficioso para estas lesiones.

El régimen sanatorial⁷⁸ o cura higiénico-dietética realizada en establecimientos cerrados destinada a los tísicos fue instaurada en 1.859 por Hermann Brehmer (1.826-1.889) en Görbersdorf (Silesia). Sin embargo, el modelo que más influyó sobre el resto de los países occidentales fue el propuesto por un discípulo suyo, Peter Dettweiler (1.857-1.904) quien estableció la triada clásica de cura consistente en aire puro, sobrealimentación y reposo absoluto, para lo que introdujo el típico diván o silla larga (chaise-longue), diseñado para la cura de sol.

Constituye un paradigma del régimen sanatorial el modelo de hospitalización a la que se sometían los enfermos del Sanatorio “Victoria Eugenia” (Madrid) en 1.918⁷⁹.

En cuanto a la ubicación y estructura del sanatorio, se buscaban lugares que combinaban cierta altitud sobre el nivel del mar y una atmósfera benigna y seca que permitiese a los enfermos permanecer al aire libre el mayor tiempo posible. La altitud, variable según la zona geográfica, garantizaba la pureza del aire además de una insolación enérgica y prolongada. Un elemento no deseado era la presencia de niebla ya que elevaba perjudicialmente el grado de humedad y evitaba el contacto con el sol.

Las construcciones más características estaban formadas por un solo edificio de varias plantas, constituido por un cuerpo central, donde se ubicaban los servicios generales y las salas de uso común, flanqueado por dos alas laterales, que acogían las habitaciones de los enfermos.

⁷⁸MOLERO MESA, Jorge, Los Sanatorios para Tuberculosos, en: Historia de los Hospitales. Hospitales peculiares (Coleccionable nº 23). *El médico nº 501*. Madrid: Pág. 325-334. Octubre, 1.993.

⁷⁹ Régimen sanatorial de la Enfermería para tuberculosos Victoria Eugenia:

Mañanas a las 7:30, levantarse, lavado de cabeza, cuello, manos y uñas, limpieza de ropa.

8:00, desayuno compuesto de chocolates o café con leche y pan.

8:30-11:00, reposo en chaise-longue en la galería de cura.

11:00, Un vaso de leche

11-13:00, reposo relativo, según los casos, cura de Paterson, lectura y escritura, visitas los jueves y domingos.

13:00, comida compuesta de sopa, cocido, dos platos de carne distintas y un plato de postre (generalmente arroz con leche o natillas).

14-16:00, reposo en la chaise longue en la galería de cura.

16-18:00, reposo relativo, según las curas.

17:00, vaso de leche con pan o galletas.

18-20:00, cena compuesta de una sopa con huevos, o un plato de verduras o huevos, dos platos fuertes y postre.

21:00, lavado detenido de la boca con cepillo y acostarse.

Este tipo de edificación dedicaba cada flanco a un sexo, lo que solucionaba el problema de los sanatorios mixtos.

La fachada principal orientada al Norte, permanecía protegida contra el viento y el frío por gruesos muros y pequeñas ventanas. La parte posterior incorporaba en cada planta una gran galería de cura a la que se podía acceder directamente desde las habitaciones de los enfermos. Esta galería aprovechaba al máximo los rayos de sol que también calentaban las habitaciones. Las ventanas debían permanecer abiertas por la noche por lo que la calefacción, que se consideraba inútil, solo se instalaba en los lugares de trabajo y de uso común.

Las habitaciones eran individuales exclusivamente en los sanatorios privados aunque en los públicos se reservaba algunos cuartos para enfermos de pago, que contribuían así al mantenimiento del Centro.

Memoria descriptiva del futuro Hospital de infecciosos de Madrid.

Haremos referencia a las partes que consideremos más destacadas de la Memoria Descriptiva sobre el futuro Hospital del Rey que publicaron Francisco Tello y Ricardo García Guereta en 1.919⁸⁰. Aunque, como luego comentaremos, la distancia entre la realidad del Hospital del Rey y este proyecto o memoria es enorme, de hecho, de los diecisiete pabellones proyectados el Gobierno se conformó con sólo cuatro, lo que sí que quedó intacto es el espíritu presente en él de hacer del Hospital del Rey una especie de buque insignia para el tratamiento en España de las enfermedades infecciosas (figura 19).

MOLERO MESA, Jorge, Los Sanatorios para Tuberculosos, en: Historia de los Hospitales. Hospitales peculiares (Coleccionable nº 23). *El médico* nº 501. Madrid: Pág. 325-334. Octubre, 1.993.

⁸⁰ TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, 1.919.

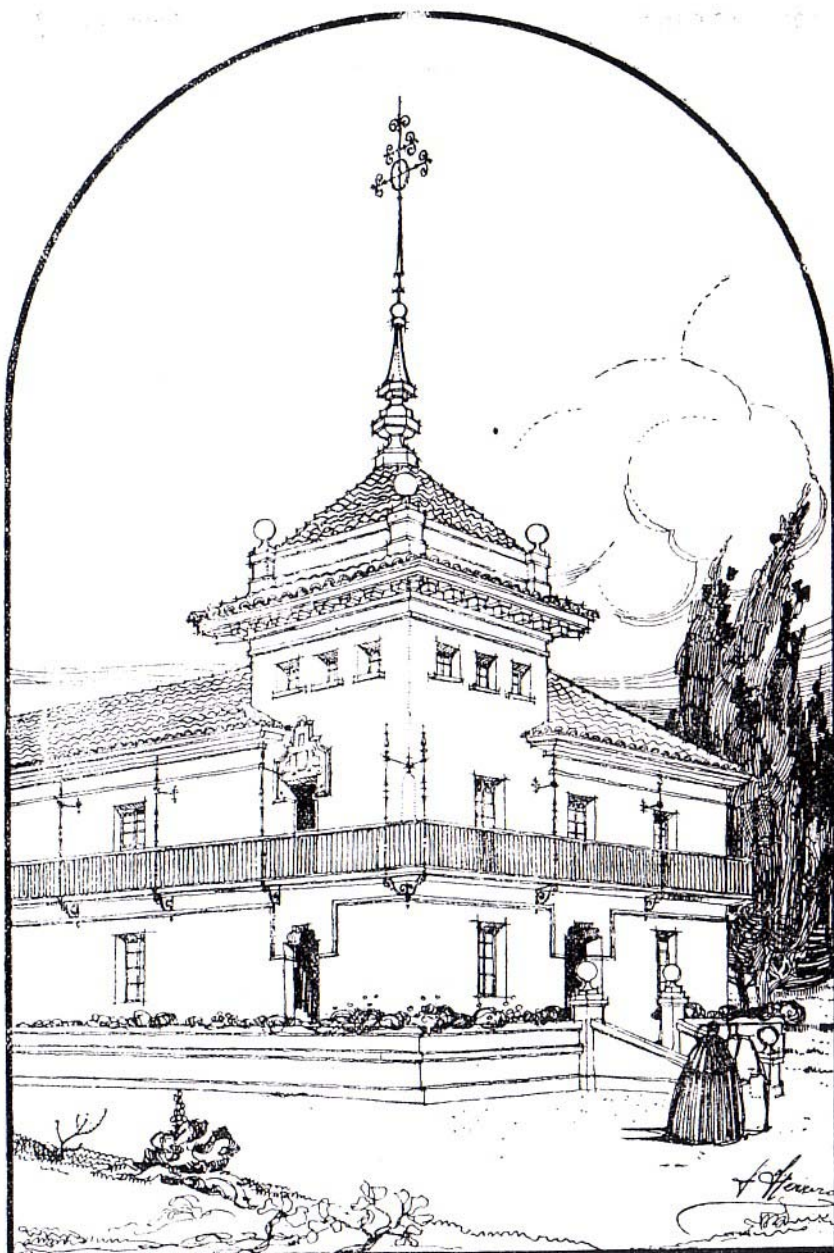


Fig. 19. Ilustración del futuro Hospital del Rey en la Memoria Descriptiva de Tello y García Guereta.

Aunque mucho se ahorró en ladrillos y pabellones, no se tuvo en cuenta tal ahorro a la hora de elegir los profesionales que llevarían a cabo semejante proyecto. Los años venideros se encargarían de demostrar que son más importantes las personas que los edificios. Los sanitarios que se hicieron cargo del proyecto del Hospital del Rey supieron estar a la altura del resto de

instituciones Europeas dedicadas a las enfermedades infecciosas. Y donde había escasez de medios materiales, ellos pusieron su profesionalidad y trabajo bien realizado.

Por Real Orden del Ministerio de la Gobernación de fecha de 24 de Abril de 1.913, se encargó al Arquitecto de la Inspección General de Sanidad Ricardo García Guereta, el estudio y formación de un proyecto de Hospital para el tratamiento y aislamiento de enfermos infecciosos de la Villa y Corte de Madrid⁸¹. Este Arquitecto tenía previsto viajar por Europa para documentarse con vistas a distintos Hospitales extranjeros. Pero la Guerra Europea retrasó este proyecto más de lo previsto, por lo que el 9 de septiembre de 1.916, por Real Orden se dispone la creación de una Junta Técnica que asesorase al arquitecto⁸². Dicha Junta tenía una composición bastante heterogénea pues estaba compuesta por el Inspector General de Sanidad, el Vicepresidente actual del Real Consejo, un Médico Higienista del Instituto Alfonso XIII, dos Médicos de Hospital, un Arquitecto especializado en materias sanitarias y un Secretario. Esta Junta designó una ponencia, formada por el Arquitecto Ricardo García Guereta y Francisco Tello, Subinspector General de Sanidad, que acoplando sus iniciativas a las observaciones de la Junta, elaboraron el proyecto que fue sometido a la aprobación de la superioridad.

Lo más curioso de este proyecto fue su construcción en “el aire”. Es decir, era un proyecto sin terrenos. No se sabía la ubicación de este Hospital. Se había solicitado unos terrenos en Moncloa, pero no habían sido concedidos. La solución no pudo ser más sencilla: proyectar el Hospital sobre una hipotética superficie aplanada, a la espera de que los terrenos definitivos se adaptasen al proyecto, y no al revés como hubiese exigido la lógica. Una vez acabado el proyecto o memoria, se dio un plazo de construcción que fue de dos años.

Esta memoria empieza con una Introducción que es un auténtico resumen de la Historia de las Enfermedades Infecciosas. Suponemos que cada miembro de la Junta Técnica contribuyó con su granito de arena, desde la parte de su área de conocimiento, a esta Memoria.

Como ya hemos comentado, se tienen en cuenta los trabajos de los mejores infectólogos de la época: Lister, Koch, Pasteur. Se parte de una evidencia penosa, pero real; pues en nuestro país estaba todavía por construir el primer hospital permanente para enfermos contagiosos, fuera de las antiguas leproserías.

Los autores de esta memoria calculan un Hospital de 600 a 700 enfermos, teniendo en cuenta los habitantes de Madrid. Se opta por el modelo de Pabellones dedicados a las distintas

⁸¹ NAVARRO, Ramón, Historia de la Sanidad en España, Madrid-Barcelona: Lunwerg editores, 2002.

⁸² Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable n^o 46). Madrid: Pág. 605.

enfermedades infecciosas. Se intentará hacer pabellones que respondan a las distintas prevalencias de cada enfermedad Infecciosa, con el riesgo de que las fluctuaciones de las epidemias dejen en determinados momentos semivacíos estos pabellones. No obstante, esto tiene una solución en la relativa flexibilidad de estos pabellones que serán de algún modo intercambiables.

Es evidente que el Hospital del Rey será flexible como pocos a lo largo de su Historia. Baste con mencionar la Guerra Civil donde el paludismo, el tifus exantemático y la fiebre tifoidea desbordan cualquier previsión sanitaria. También contribuye a esta flexibilidad la existencia de los Pabellones Dócker, que en el momento requerido son dispuestos en los jardines del Hospital del Rey.

En cuanto al emplazamiento del Hospital, este no puede estar situado, lógicamente, en medio de la capital de Madrid, con el peligro de transmisión que esto tendría para la población sana. Pero tampoco es buena la idea de alejarlo excesivamente del núcleo urbano, pues esto crea problemas derivados de la necesidad de traslado de enfermos y quejas de los familiares por las dificultades para realizar las visitas. El futuro emplazamiento del Hospital del Rey, aunque en un principio queda excesivamente aislado de Madrid, con los años de crecimiento de la capital, se sitúa en una ubicación envidiable y la prueba está en que queda rodeado de modernos Hospitales (La Paz, Ramón y Cajal, Puerta de Hierro) que eligen ese mismo entorno.

En el momento de realizar el proyecto (1.919) Madrid tiene una población de 600-700.000 habitantes. Se sigue a Parsons, un autor de referencia en Infectología, que apunta que un Hospital de Infecciosos debe tener una capacidad o número de camas que se corresponda al uno por mil de la población.

En Madrid, se calcula por lo tanto un Hospital de 600-700 enfermos. Para tal cantidad de enfermos es necesario un espacio que no puede bajar de 240.000 metros cuadrados. Se tiene en cuenta dentro de esta superficie los terrenos necesarios para instalar un Hospital transportable mediante la instalación de las Barracas Dócker (figuras 20-21).

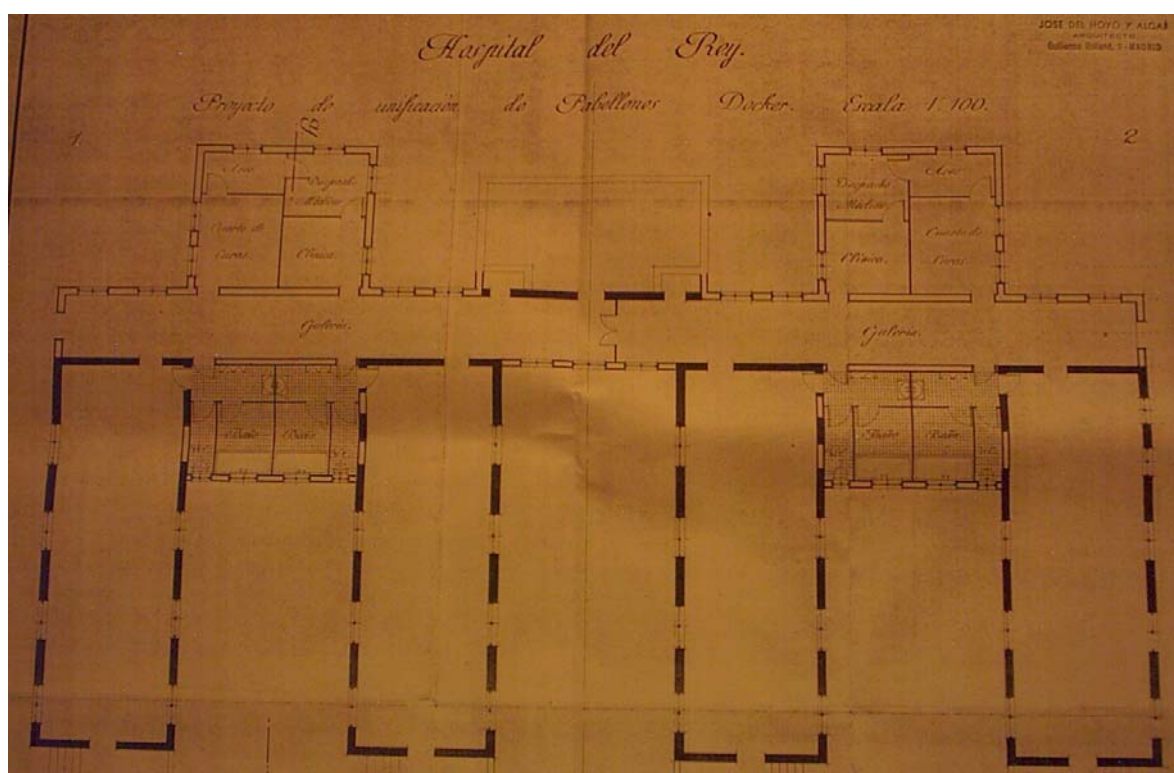
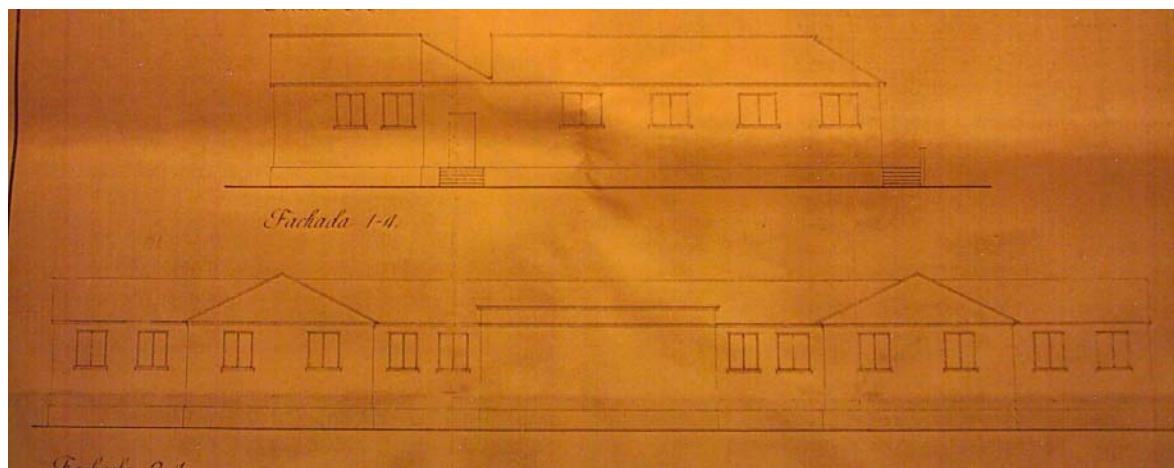


Fig. 20-21. Planos de las Barracas Dócker usados en tiempo de epidemias.

¿A cuánto asciende el costo de una cama de un Hospital de Infecciosos? Se calcula en torno a las 10.000 pesetas por enfermo. Y se añade un comentario significativo: “siempre estas cifras, muy moderadas en relación con la misma cama para un enfermo en cualquier país europeo, están en relación con el estado económico del pueblo español”⁸³.

⁸³ TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, Pág. 19-20, 1.919.

En cuanto a la planificación de los pabellones del Hospital, en esta Memoria se hace realmente una planificación del funcionamiento de la vida futura del Hospital. Pues, ¿qué sentido tiene proyectar edificaciones que no respondan a una funcionalidad concreta? Esta es una de las razones de la importancia de este proyecto. Aunque después éste quedase reducido en número de pabellones y por lo tanto muy mermado, sí dejó establecido un modelo a seguir en cuanto al funcionamiento de un Hospital Moderno de Infecciosos. El tamaño más o menos grande pasa a un segundo lugar de importancia.

En primer lugar, es necesario un pabellón de admisión por el que pasen todos los enfermos que entren en el Hospital. En las enfermedades infecciosas, muchas veces el período de incubación hace que sea difícil establecer el diagnóstico de una entidad en concreto hasta que no pasen varios días. En la figura se observan el Proyecto de las puertas de entrada al Hospital, que darían entrada a los miles de enfermos que fueron tratados por los profesionales de Chamartín de la Rosa (figura 22).

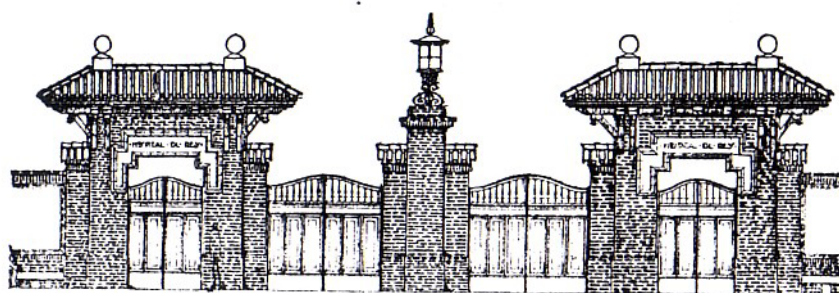


Fig. 22. Proyecto de las puertas de entrada al Hospital del Rey.

Por eso, una vez tomados los datos de filiación del enfermo, pasa a una sala de reconocimiento por parte del médico de guardia, pasando después a lo que es una parte primordial de este tipo de Hospitales: el baño-ducha del enfermo, donde se le despoja de sus ropas y enseres, administrándole ropa limpia. Estas ropas se desechan o desinfectan y esterilizan, devolviéndoselas al interesado sólo en el momento del alta. Realmente, sabemos que el funcionamiento del Hospital del Rey invertía el orden: primero se lavaba al paciente y después era reconocido por el médico de guardia. De otro modo, el riesgo de contagio en enfermedades como el tifus exantemático, con presencia de piojos, hubiera sido altísima para el médico que realizaba la primera exploración. Así, podemos contemplar un plano de reforma del Pabellón de despiojamiento (figura 23).

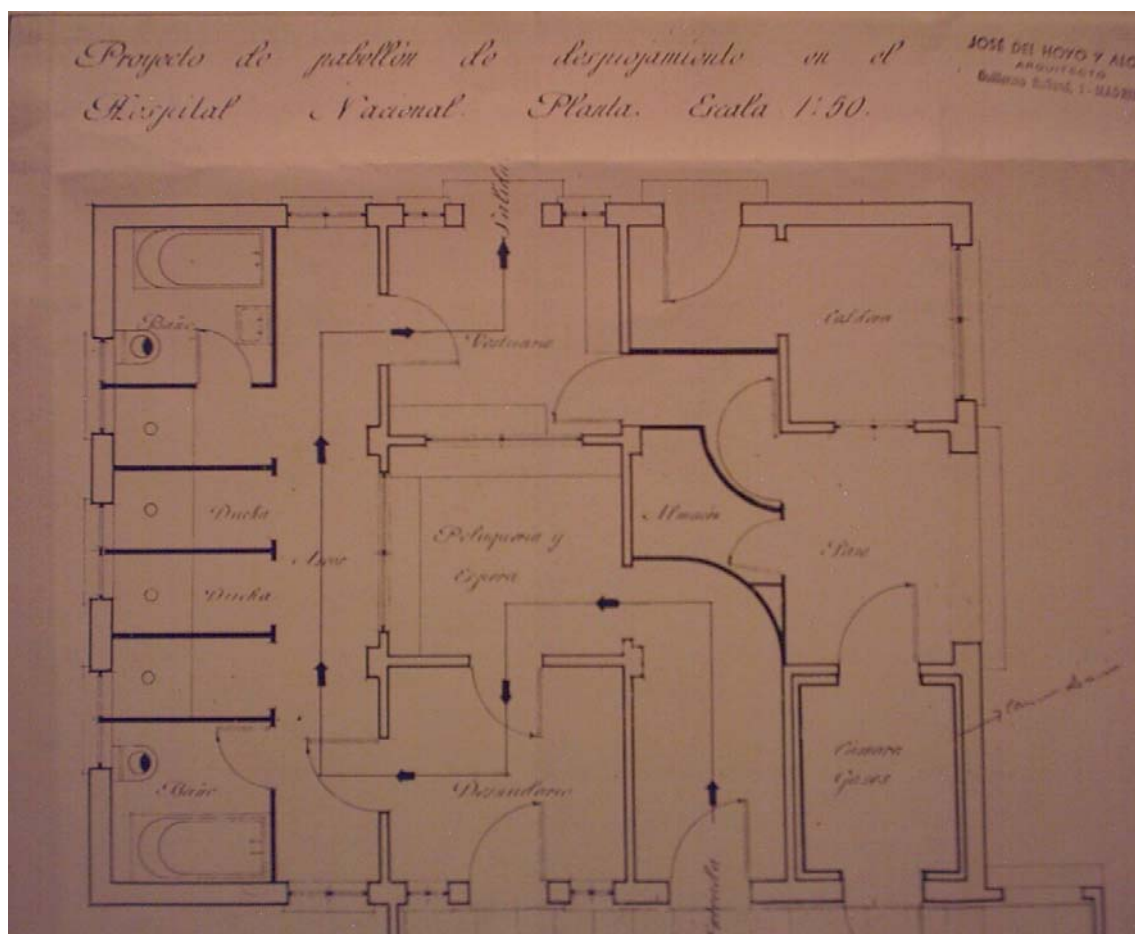


Fig. 23. Plano de reforma del Pabellón de despojamiento.

Una vez acabado este reconocimiento, el enfermo era conducido al pabellón correspondiente si tenía un diagnóstico claro, o al pabellón de observación, si no tenía claro el diagnóstico.

En cuanto a los pabellones por enfermedades, se dedica para la viruela un servicio compuesto por dos pabellones con previsión para 128 enfermos aproximadamente. Para esto se tiene en cuenta la incidencia y la prevalencia de viruela de los últimos años en Madrid (figura 24).

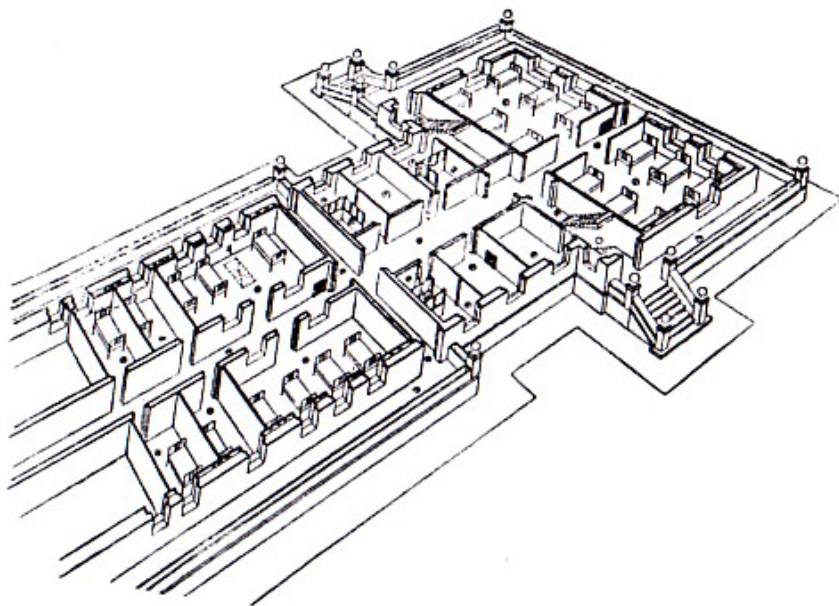


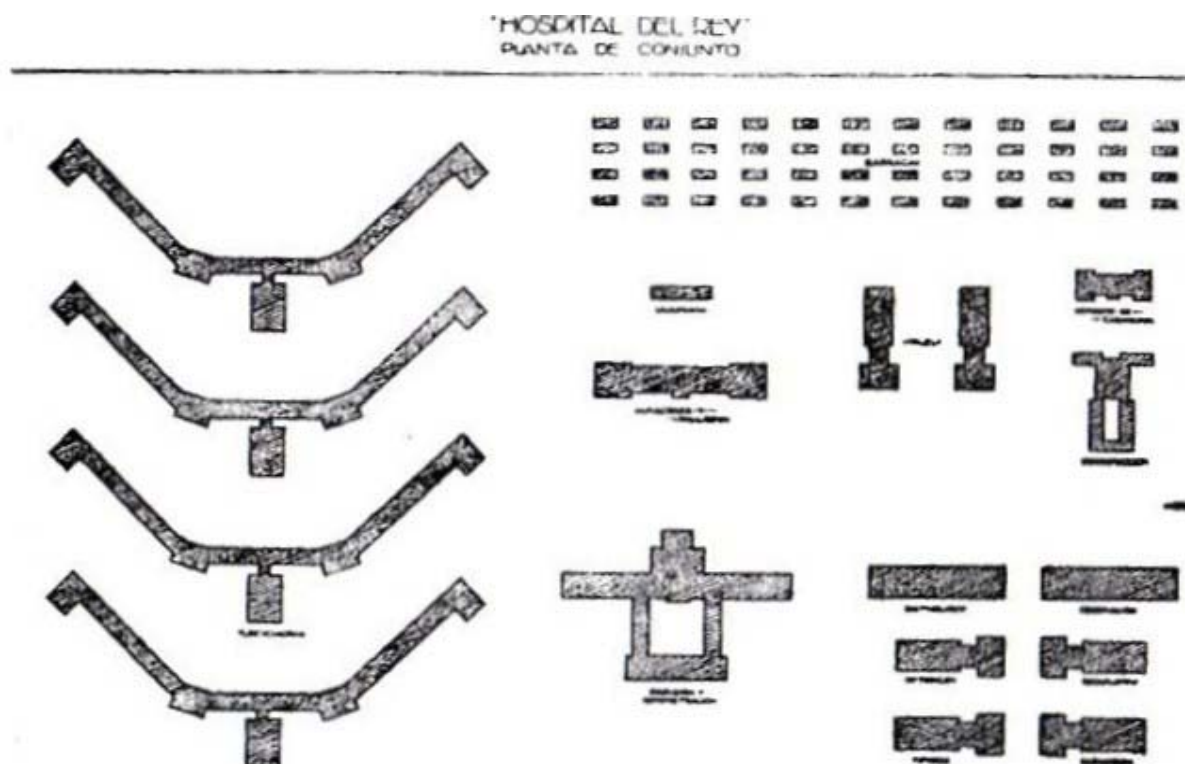
Fig. 24. Proyecto del Pabellón de variolosos del Hospital del Rey.

Del mismo modo se considera que el Hospital debe contener un pabellón de 60 camas para cada una de las siguientes enfermedades: difteria, tifoidea, escarlatina y sarampión. Se contempla la construcción de dos pabellones para enfermedades raras o poco comunes: muermo, tétanos, rabia, triquinosis, y meningitis cerebro-espinal epidémica. En estos pabellones también se proyecta espacio para los enfermos distinguidos o de pago, y los enfermos que están en observación. En el caso de los enfermos de pago se proyecta un aislamiento de tipo individual, por lo tanto solventando el problema de mezcla de infecciones.

En referencia a los enfermos tuberculosos, el proyecto es especial pues se tiene en cuenta un doble espacio: el aislamiento pero también el aspecto sanatorial, donde los tuberculosos terminales puedan obtener una mejoría con sol, aire libre y sobrealimentación. Se proyectan cuatro pabellones de 56 enfermos cada uno con una capacidad aproximada global para 200 enfermos tuberculosos.

Se prevé el espacio también para instalar las Barracas Dócker que posee el Parque de Sanidad que en el momento de realización del proyecto pasaban de 50. Con esto quedarían cubiertas las necesidades en caso de grandes epidemias o enfermedades exóticas como cólera, peste o fiebre amarilla.

Observamos en las siguientes figuras el contraste entre el proyecto inicial y el Hospital del Rey en el año 1.924, justo antes de su inauguración. El conjunto de numerosos pabellones proyectados se quedó reducido a la construcción de tres pabellones. Posteriormente, a estos tres pabellones iniciales se fueron sumando edificios alguno de los cuales no pertenecían al Hospital a pesar de estar en su recinto, como se puede observar en un plano de conjunto del Hospital de 1.975 (figuras 25-27).



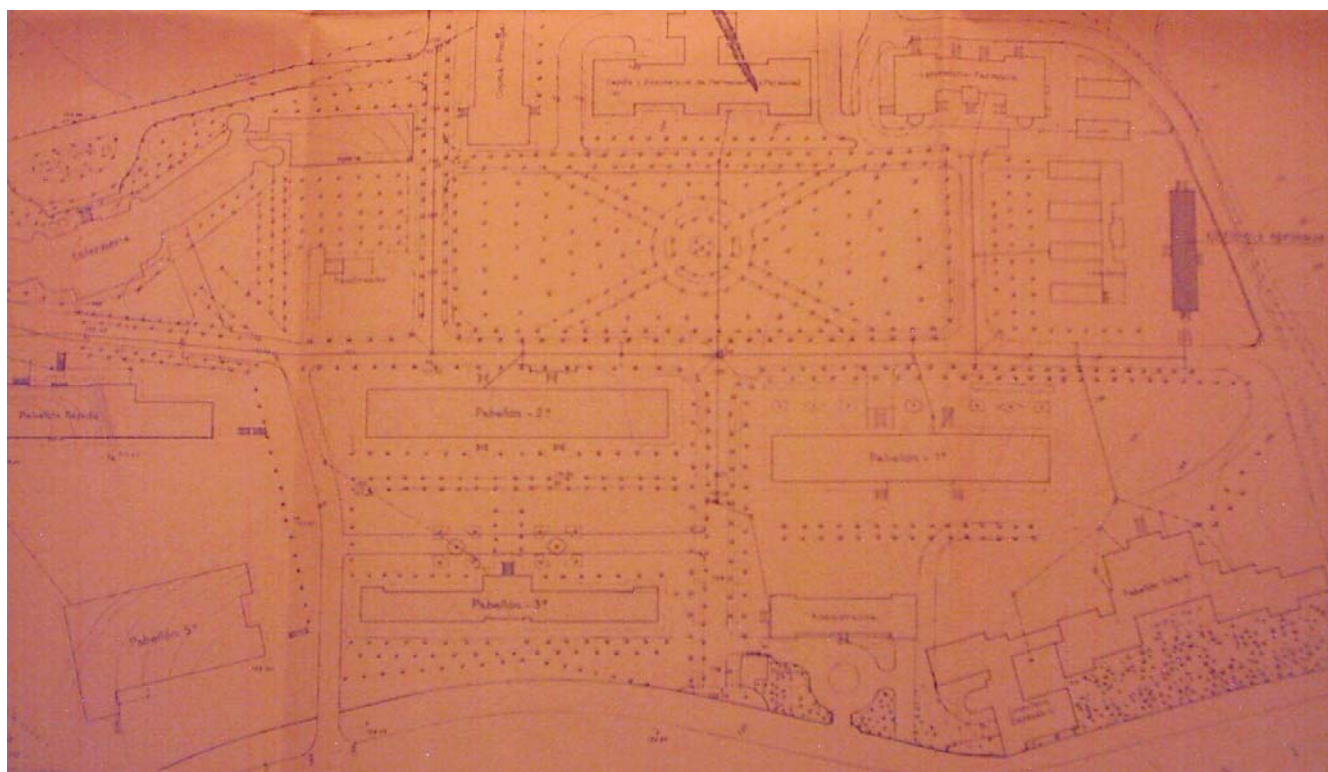


Fig. 25-27. El conjunto de numerosos pabellones proyectados (figura 25) para el Hospital del Rey se quedó reducido a la construcción de tres pabellones (figura 26-27).

Es evidente que realizar una previsión de pabellones basándose en los datos de prevalencia de las distintas enfermedades infecciosas es hacer una apuesta arriesgada. ¿Qué hubieran hecho estos autores de saber que nada más comenzada la andadura del Hospital brotaría como un pistoletazo la epidemia de Polio del 28? ¿Y si se pudiera haber previsto la epidemia de tifus exantemático del año 39-40? Podemos concluir que intentar proyectar un Hospital de Infecciosos es, por lo menos, un terreno resbaladizo. Uno de los principales aciertos fue el de dotar al Hospital del Rey de flexibilidad, característica que le permitió alejarse del proyecto original en numerosas ocasiones.

Del Proyecto original también llama la atención las reducidas dimensiones del Laboratorio, en parte porque se entendía que sería una Institución en íntima unión con el Instituto Alfonso XIII, donde las investigaciones tendrían más amplio desarrollo. Se proyectan unidos en un mismo Pabellón, el Laboratorio y el Servicio de Anatomía Patológica, con el depósito de cadáveres y Sala de Autopsias. El Depósito de cadáveres queda situado en la planta baja y el Laboratorio en la planta alta (figuras 28-29).





Fig. 28-29. Pabellón de Laboratorio y Servicio de Anatomía Patológica, con el depósito de cadáveres y Sala de Autopsias

El proyecto definitivo de esta Memoria contempla en total diecisiete Pabellones para 666 enfermos⁸⁴. La distribución de estos pabellones no se realiza de forma simétrica en el terreno del

⁸⁴ Relación de Pabellones del futuro Hospital del Rey: 2 Pabellones para 128 enfermos de viruela; 1 Pabellón para 50 enfermos de Difteria; 1 Pabellón para 56 enfermos de fiebre tifoidea; 1 Pabellón para 56 enfermos de Sarampión; 1 Pabellón para 56 enfermos de Escarlatina; 2 Pabellones para 96 enfermos de enfermedades raras, distinguidos y en observación; 4 Pabellones para 224 enfermos Tuberculosos; 1 Pabellón para cadáveres y Laboratorios; 1 Pabellón para Desinfección y Admisión de enfermos; 1 Pabellón para Dirección y Administración; 1 Pabellón para Depósitos y Talleres; 1 Pabellón para Lavaderos.

TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, Pág. 29, 1.919.

que se dispone. Por un lado, enfermedades como la viruela, que se consideran de alta contagiosidad, se intenta que queden ingresados en pabellones relativamente alejados del resto. Los dos pabellones de tuberculosos también se alejan, pero en parte por la especial debilidad de los enfermos tísicos, constituyendo un grupo muy susceptible de contagio por otras enfermedades infecciosas. Es decir, estamos ante un Hospital de distribución irregular, muy alejado de la distribución geométrica de pabellones.

Nos interesa aquí describir el prototipo de pabellón que será intercambiable para enfermedades infecciosas de distintos tipos, pues llega a convertirse como modelo de cada uno de los futuros cuatro pabellones del Hospital del Rey. Estará formado por dos plantas iguales con entradas independientes que pueden dedicarse a cada uno de los sexos o bien a dos infecciones distintas con completa independencia (figura 30).



Fig. 30. Proyecto de Pabellón del Hospital del Rey.

En cada planta, la sala mayor sólo podrá contener seis enfermos leves o convalecientes, las de los graves tendrán capacidad para cuatro, y los muy graves o con infecciones asociadas serán colocados en departamentos individuales o box. En cada planta habrá dos salas de seis enfermos cada una, dos de cuatro y ocho box. Habrá una habitación donde los médicos practiquen una asepsia cuidadosa y tomen notas clínicas; otra para enfermeras y mozos; dos baños fijos, un WC y una habitación de aseo para convalecientes. Las habitaciones quedarán rodeadas del aire libre por un amplio corredor para que los enfermos puedan ser visitados por sus familias en completa incomunicación.

Los pabellones de tuberculosis diseñados tenían una disposición especial en V truncada, con dos plantas. Los dormitorios estarán adosados a la fachada sur con amplias galerías adosadas resguardadas de los vientos en donde los pacientes pueden ser sometidos a la hora de sol, aire y reposo. Se proyectan unos edificios, en los que se emplean materiales nobles y económicos por que no se necesitarán más que corrientes y económicas reparaciones⁸⁵. Desgraciadamente, esto no se ajusta a la realidad, pues las reformas son la norma de las distintas etapas del Hospital del Rey. El sobreuso de los cuatro pabellones construidos justifica su continuo desgaste y la necesidad de su reconstrucción y reforma.

En cuanto al estilo, predomina la línea horizontal, la amplitud de huecos, y un ambiente de tranquilidad, de alegría, de luz y bienestar en el conjunto. Todavía en la actualidad, cuando uno se introduce en el recinto del antiguo Hospital del Rey llama poderosamente la atención el contraste entre el ruidoso ambiente de las calles madrileñas y la tranquilidad y la paz que destilan sus jardines y edificios.

Del estilo arquitectónico, se dice que se intenta transmitir un castizo estilo español. El Hospital del Rey se empezó a construir en 1.921 en el eclecticismo novecentista que aún imperaba en la época, y a la manera de los pabellones antituberculosos de la época, con sus pabellones exentos de dos plantas, orientados este-oeste y dispersos por un amplio jardín⁸⁶.

Se intenta aislar no sólo al enfermo, sino también los edificios, rodeándolos de jardines, y también ideando un sótano perfectamente ventilado de pavimento de hormigón hidráulico que impermeabilice el suelo. Se tiene en cuenta la eliminación de excretas mezclándolas con antisépticos correspondientes en un vertedero que está unido a un depósito colocado en el sótano, capaz de contener las aguas sucias de un pabellón durante veinticuatro horas. Sólo así se podrán verter sin peligro en la conducción general.

El servicio de Cocina es único para todos los pabellones y se dará por una gran cocina instalada en el pabellón de administración (figura 31-32). Mediante ollas que se cargan en pequeños carros automóviles, se distribuyen por todos los pabellones.

⁸⁵ TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, Pág. 34, 1.919.

⁸⁶ CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986; RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín. Instituto de Salud Carlos III. Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986; Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

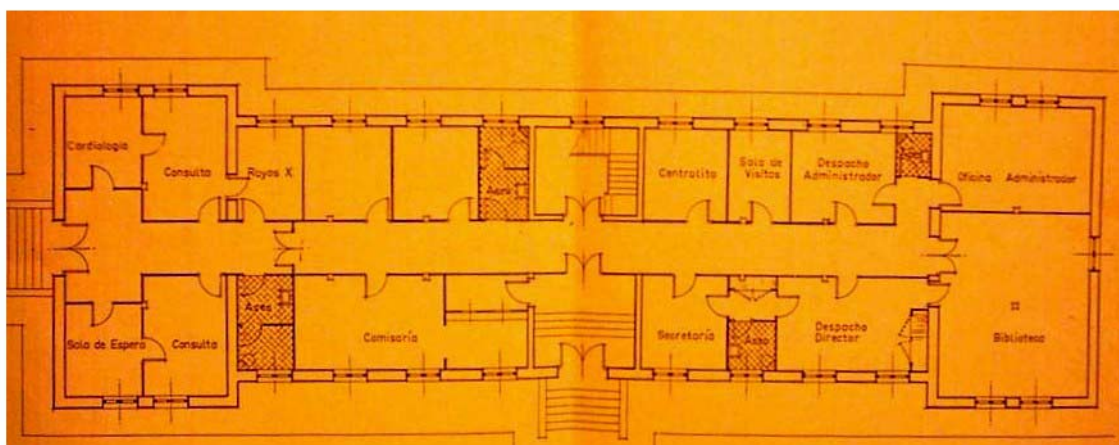


Fig. 31-32. Plano y fachada del pabellón de Administración.

Como conclusión, podemos decir que esta memoria es un trabajo de gran calidad donde se realiza un verdadero esfuerzo por reunir y representar las mejores y últimas tendencias en Europa sobre enfermedades Infecciosas.

¿Por qué no se llevó a cabo? Quizás como proyecto superaba las posibilidades económicas de la España de aquellos años. Diecisiete pabellones de infecciosos quizá era demasiado para el Madrid de 1.919. Puede ser que la Epidemia de Gripe del 18 hiciese sobredimensionar la

realidad de las enfermedades infecciosas. El caso es que también parece brusco una reducción de diecisiete pabellones a tres, como quedó definitivamente perfilado en 1.924 el Hospital del Rey. Fue Gregorio Marañón quien dirigió la construcción última del Hospital del Rey. Sabemos que probablemente a él le tocó la dura tarea de batallar entre economía y la necesidad de adecuar un Hospital de Infecciosos a lo que realmente requería una Capital como Madrid.

El caso es que, dejando aparte las meras suposiciones, el día de su inauguración el Hospital contaba con tres pabellones para enfermos y con la posibilidad de construir una Enfermería independiente para la tuberculosis.

Desgraciadamente esta posibilidad también se vino abajo pues dicho pabellón fue arrebatado por la Liga Antituberculosa. En esta ocasión, también el Hospital del Rey sabe sobreponerse a las dificultades y no se queda sin prestar su propio servicio a los tuberculosos dedicando íntegramente el pabellón III a los enfermos Tísicos.

¿Cómo pudieron haberse hecho cargo de diecisiete pabellones el Director Manuel Tapia, el Jefe clínico Zarco y los dos médicos de guardia, Vallejo y Torres, que comenzaron el Hospital?

Nosotros nos decantamos por una solución intermedia entre ambos modelos: el real y el proyectado. Quizás lo ideal hubiera sido un hospital de tamaño intermedio que hubiese permitido solventar las estrecheces por las que a lo largo de su historia tuvo que pasar el Hospital del Rey. Un tamaño intermedio que hubiese permitido a muchos pacientes evitar su paso por las Barracas o pabellones Dócker, situación que debía estar límite de lo exigido por la dignidad de una persona (en la epidemia de Meningitis Tuberculosa, se situó hasta 17 personas en cada barraca).

Y por último, un tamaño intermedio que hubiese permitido al Hospital del Rey dar ese paso definitivo de Hospital de capital a Hospital Nacional, nombre que ostentosamente se le unió a lo largo de su andadura ¿Cómo se iban aceptar enfermos de otras ciudades y regiones de España, si no cabían los de Madrid?

Crecimiento de edificios del Hospital del Rey.

A la edificación original de 1.924 del Hospital, se fueron añadiendo de forma sucesiva edificios. Como ya hemos visto en la Memoria de Guereta y Tello, se adoptó el sistema de Pabellones aislados⁸⁷. Esto ofrecía la ventaja de un crecimiento horizontal, con nuevas edificaciones, pues no había problema de espacio para construir. De esta manera, el reducido

⁸⁷ Desde que se ideó la construcción del Hospital del Rey, se decidió nombrar un director de construcción que se encargará ulteriormente de la Dirección Técnica del Centro y el elegido fue Gregorio Marañón, que atendía el Servicio de Infecciosos del Hospital General. Marañón apoyó con entusiasmo el proyecto de pabellones.

tamaño con el que el Hospital nació, fue incrementándose de forma progresiva. La inauguración del Hospital del Rey tuvo lugar el 25 de Enero de 1.925, con personal facultativo interino⁸⁸. Sin embargo, lo que en un principio fue una única Institución, con el paso de los años albergó un complejo que estaba formado por Instituciones diferentes. Cuando se acabó de desarrollar lo que podríamos denominar el complejo sanitario de Chamartín, éste estaba constituido por un amplio recinto en el que estaban instalados el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas (Hospital del Rey), el Hospital Infantil “Infante Don Felipe”, el Sanatorio de Enfermedades del Tórax “Victoria Eugenia” y la Escuela Nacional de Instructores Sanitarios. Evidentemente, todo este complejo de Instituciones y edificios requerirá un largo proceso de sucesivas edificaciones y construcciones.

Veamos ahora, brevemente, cómo fue la cronología de este crecimiento. Inicialmente se construyeron dos Pabellones para enfermos. Otro pabellón que albergaba múltiples labores, como el Laboratorio, el depósito de cadáveres, la Farmacia, desinfección, lavadero, plancha, sala de autopsias y laboratorio de anatomía patológica. También se construyó un cuarto pabellón para la Comunidad, Capilla y Residencia del Personal Interno. Por último, hubo necesidad de construir un pabellón más pequeño para albergar la Administración. Las obras del Hospital duraron aproximadamente cuatro años⁸⁹.

El primer gran intento de crecimiento del Hospital resulta fallido. Nos referimos al gran Pabellón inicialmente proyectado por Tello y Guereta para la atención de la tuberculosis. Lo que posteriormente pasa a ser la Enfermería Victoria Eugenia, en un principio se diseña como un Pabellón del Hospital del Rey. Cuando se empieza a construir pronto llama la atención y empiezan las luchas por su control. Al final, queda adscrito a la Lucha antituberculosa⁹⁰, quedándose como una edificación ajena al Hospital del Rey, pero paradójicamente dentro del recinto del mismo Hospital. Recibe el nombre de “Enfermería para Tuberculosos Victoria

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 19, 1.975.

⁸⁸ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable n° 46). Madrid: Pág. 605.

⁸⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 20, 1.975.

⁹⁰ Pronto, se comprobó por parte de los médicos del Hospital la necesidad de construir un pabellón suplementario para el tratamiento de la Tuberculosis. En el proyecto original del Hospital del Rey, se planeó la edificación de un Pabellón importante para la Tuberculosis, dentro del conjunto de edificaciones o pabellones del Hospital. Sin embargo, la atención de los tuberculosos estaba encomendada a una junta de Damas, presididas por su Majestad le Reina, formando la lucha contra la Tuberculosis. El hecho de que el Estado levantara el primer Sanatorio con todas las instalaciones pensadas en la asistencia de la Tuberculosis, hizo que se pusiera en marcha todos los resortes para conseguir que aquel Sanatorio no fuera del Hospital del Rey, sino que estando dentro del mismo recinto, quedara adscrito a la antigua lucha contra la Tuberculosis.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 29, 1.975.

Eugenia”. Quedó inaugurado por la propia Reina el 22 de marzo de 1.927⁹¹. Cabe preguntarse por lo que hubiera llegado a ser el Hospital del Rey si estas sucesivas subdivisiones no se hubieran llevado a cabo. Lo que sin duda destaca es que el Hospital del Rey es la Institución que funciona como embrión de todo lo que se desarrolla posteriormente. Si el Hospital del Rey no se hubiera creado, no hubiera sido posible el resto.

Sin embargo, el Hospital del Rey también tiene sus mecanismos de defensa, y así cuando se queda sin la Enfermería Victoria Eugenia, para paliar dicha pérdida, el propio Hospital intenta destinar uno de sus pabellones para la atención de los enfermos tuberculosos: el Pabellón III (figura 33). La filantropía de una ilustre dama y una parte pequeña de aportación del Estado permite realizar la idea de construir en el Hospital del Rey un pabellón destinado a enfermos tuberculosos. El donativo privado asciende a 200.000 pesetas destinadas al mencionado fin. El coste total de dicho pabellón fue de 530.000 pesetas, quedando inaugurado a mediados de 1.928 por la Reina⁹². Las obras duraron año y medio escasamente, correspondiendo su dirección al Arquitecto del Ministerio de la Gobernación, Don Ricardo Macarrón, especializado en construcciones de carácter sanitario. Se construye así un pabellón capaz para 88 enfermos, distribuido en cuatro salas de diez y dos habitaciones de dos en cada piso, el primero destinado a hombres y el segundo a mujeres. En definitiva, el Hospital del Rey tuvo que conformarse con un pabellón de tuberculosis similar en tamaño a los pabellones I y II.

⁹¹ En el año 1927, se inauguró el Pabellón de la lucha contra la Tuberculosis, llamándose Enfermería para Tuberculosis, Victoria Eugenia, recayendo la Dirección en Don José Palacios Olmedo.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 36, 1.975.

⁹² CRÓNICA DE MADRID, 16 de Marzo de 1.925.



Fig. 33. Pabellón III del Hospital del Rey.

De esta forma, gracias a la inauguración del Pabellón III y con la construcción de otras edificaciones, en 1.928 el Hospital ya dispone de 13 edificios, hecho que podemos objetivar mediante una relación de edificios del propio administrador del Hospital. Cinco de estos pabellones tienen dos plantas y los ocho restantes una planta. Los edificios se distribuyen de la siguiente manera: tres pabellones de hospitalización (Pabellón I, II, III); un pabellón de Laboratorio; uno de Administración y Almacenes; uno de Lavaderos; uno de garaje; y seis correspondientes a viviendas de empleados (figura 34).

Ministerio de la Gobernación


Dirección General

Hospital del Rey (Chamartín)

Relación de los edificios y terrenos pertenecientes a este Hospital, con expresión de lindes, valor, destino

Denominación	Superficie en metros cuadrados	Destino actual	Extensión en metros cuadrados	Lindes	Valor	Cargas	Adquisición
Hospital	Chamartín de la Real (106.000 m ²)	de este Ministerio	1.246.616. En toda esta finca se halla comprendido el Hospital del Rey, que consta de 13 edificios, 5 de los cuales y 8 de una de fincas, 3 a hospitalización de enfermos, uno a laboratorio, uno a administración y farmacia, uno a lavandería, uno a quimica y 6 a servicios de auxilio.	1.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 2.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 3.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 4.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 5.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 6.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 7.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 8.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 9.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 10.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 11.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 12.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren. 13.º: con lindes de Hospital de San Roque, de San Emilio Aguirre, y de San Felipe Eguiguren.	Los corresponden al Hospital del Rey, que consta de 13 edificios, 5 de los cuales y 8 de una de fincas, 3 a hospitalización de enfermos, uno a laboratorio, uno a administración y farmacia, uno a lavandería, uno a quimica y 6 a servicios de auxilio.	Eguiguren	Compraventa a Don Felipe Eguiguren en la finca de San Felipe Eguiguren.

Chamartín de la Real a 4 de Mayo de 1908.


 E. Adame

El Administrador,

Fig. 34. Relación de edificios del administrador del Hospital en 1928.

Finalmente, en 1.929-1.930, se inaugura el Pabellón IV destinado a la tuberculosis infantil. Posteriormente, se construyen los edificios de la Iglesia, Comunidad y la Escuela de Instructoras Sanitarias (más tarde Escuela Nacional de Salud)⁹³, también independiente del Hospital (figuras 35-36).

En resumen, en la década 1.926-1.936 fueron inaugurados la “Enfermería para Tuberculosos Victoria Eugenia”, el Pabellón III, el Pabellón de tuberculosis Infantil y la Escuela de Enfermeras⁹⁴. Esto demuestra que el crecimiento del Hospital era una realidad aunque fuera realizada de forma progresiva y enlentecida por el eterno problema de la falta de presupuesto económico.

⁹³ La Escuela de Instructoras Sanitarias se construye entre 1.931-1.933, a cargo de los Arquitectos, Blanco, Soler y Bergamín.

CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986.

RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín*. Instituto de Salud Carlos III. *Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

⁹⁴ *Historia de Madrid*, Madrid: Ed. Espasa Calpe, 1.980. Pág. 1545-1596.

Es importante destacar que Instituciones como el Pabellón Infantil pasa por sucesivas etapas, perteneciendo a distintas entidades bajo diversos nombres. En la década de 1.930 se construye el Pabellón Infantil del Hospital del Rey, donde posteriormente (1.940) se instalan los servicios de Higiene Infantil. En 1.953, el Pabellón infantil se desgaja del Hospital y se incorpora al Patronato Nacional Antituberculoso para el tratamiento de niños tuberculosos. En 1.973, al Pabellón Infantil se le impuso el Nombre de Hospital Infantil de Enfermedades del Tórax Infante Felipe, siendo su último Director D. Carlos Zurita González-Vidalte.

También es importante hacer notar que estos edificios fueron flexibles y no siempre albergaron el mismo tipo de enfermos. Así, la división de los distintos Pabellones del Hospital del Rey según patologías se modificó levemente durante la Guerra Civil⁹⁵. Por otra parte, los medios materiales con los que contó el Hospital del Rey durante la contienda fueron realmente escasos⁹⁶.

Después de los años de la Guerra Civil y posguerra, en los que el Hospital del Rey dio un inmejorable servicio, se levantó un nuevo pabellón con residencia para las monjas y Capilla, se creó el parque de la Ventilla como aislamiento para el centro que, además, fue dotado con bellos jardines interiores.

⁹⁵El Pabellón I seguía dedicado como siempre, a las enfermedades Infecciosas agudas corrientes, predominantemente las enfermedades típicas, para militares y población civil. Ocupaban casi completamente el piso de hombres los soldados que venían del frente. El piso segundo del Pabellón I estaba ocupado por mujeres de Madrid. El Pabellón II estaba dedicado íntegramente a enfermedades infecciosas, bien clasificados en el Pabellón I, con lo cual las salitas destinadas a los mismos procesos patológicos tenían asistencia más sencilla y eficaz. El Pabellón III de Tuberculosis seguía con los dos pisos igualmente dedicados, el primero a los hombres, y el segundo a mujeres. El Pabellón IV estaba dedicado a niños tuberculosos o con cualquier otro tipo de infección. El pabellón V, a Brucelosis y paludismo. TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 91, 1.975.

⁹⁶ El invierno de 1.938 fue muy crudo. En marzo cayó una fortísima nevada. El Hospital carecía de carbón y el voltaje de la corriente eléctrica era bajísimo. TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 95, 1.975.

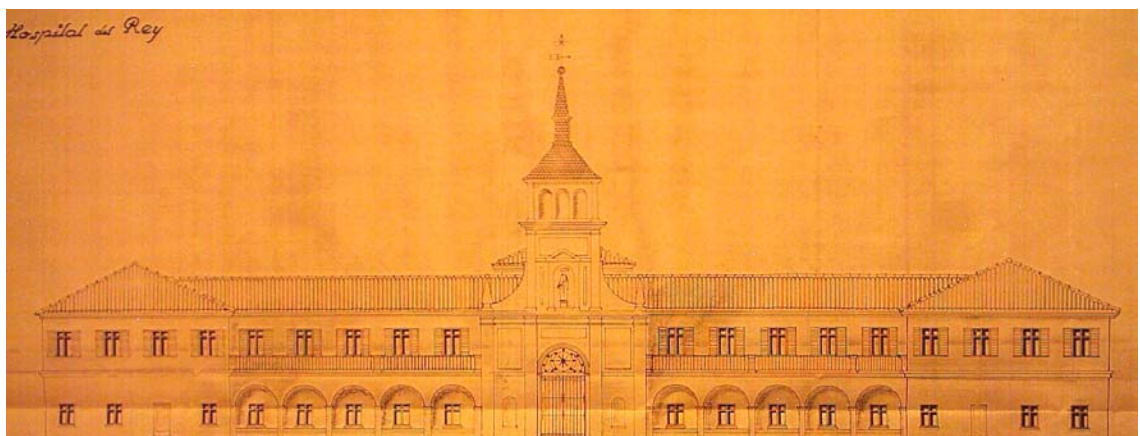
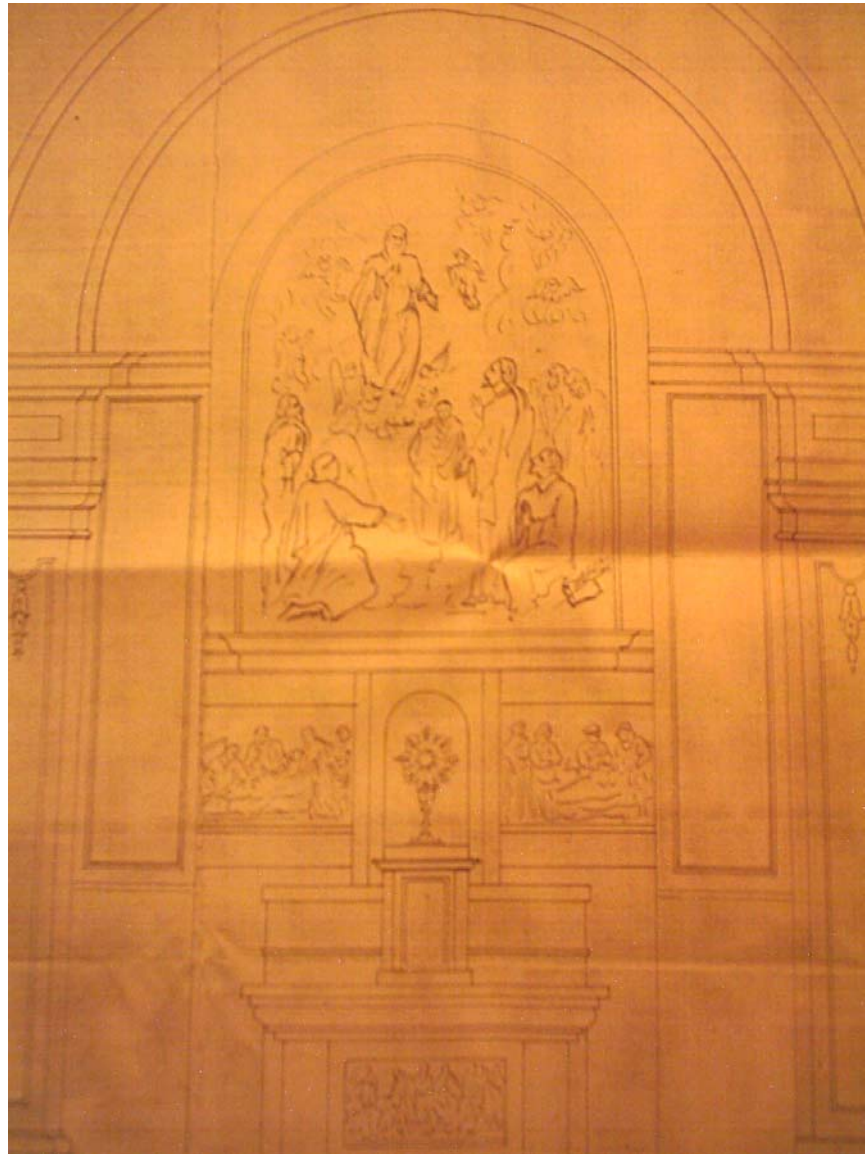


Fig. 35-36. Proyecto del retablo y del edificio de la Iglesia, Comunidad y la Escuela de Instructoras Sanitarias.

Para terminar, aludiremos a las dimensiones en metros cuadrados de todos los edificios construidos. La superficie edificada de los pabellones I y II es de 1.670 metros cuadrados para cada uno. El pabellón III tiene 1.149 metros cuadrados. Por último, el pabellón IV o Infantil tiene 1.840 metros cuadrados, el más grande de todos⁹⁷. La superficie total edificada del Hospital del Rey asciende a 8.915 metros cuadrados en una memoria consultada del año 1.973.

Estos pabellones estaban contruidos sobre un terreno bien elegido, formado por suaves colinas con aires y cielos limpios. Gracias a su cota y a la proximidad de la sierra de Guadarrama su subsuelo estaba surcado por aguas subterráneas aún por extraer⁹⁸.

La elasticidad del Hospital del Rey como modelo de institución sanitaria de enfermos Infecciosos se demuestra en los momentos en los que se presentan las grandes epidemias. No sólo los pabellones eran intercambiables⁹⁹, sino que se contaban con la flexibilidad que aportaban las Barracas o Pabellones Dócker¹⁰⁰.

⁹⁷ CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986.

RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín. Instituto de Salud Carlos III. Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

⁹⁸ Sobre la calidad de la zona elegida para construir el Hospital del Rey hay opiniones encontradas, pues recordamos las palabras de Torres Gost, diciendo que estos terrenos eran secos, mal comunicados y llenos de traperos. Además, los terrenos que primero fueron elegidos fueron los situados en Moncloa.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 17, 1.975.

⁹⁹ Por ejemplo, en la epidemia de Tifus exantemático de la posguerra, en las primeras semanas se desalojó el Pabellón III de Tuberculosos para colocar tíficos. Y lo mismo pasó con el Pabellón infantil y el Pabellón II. Esto evitaba los métodos drásticos de otros centros: enfermos en colchones sobre el suelo o la ocupación de las habitaciones de dos con tres o cuatro enfermos.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 104, 1.975.

¹⁰⁰ La existencia de los Pabellones Dócker, permitía una mayor flexibilidad hospitalaria, pudiendo contar en los momentos de epidemia con un plus de camas hospitalarias, sin necesidad de recurrir al hacinamiento o con la mezcla de enfermos con distintas enfermedades en salas de infecciosos.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 104, 1.975.

-Para realzar la importancia del papel que jugaron los Pabellones Dócker en el Hospital del Rey recurrimos al testimonio de Sor Dominica Vicente-Devesa, de la congregación de las Hijas de la Caridad en Madrid en 1.977:

“En principio los Barracones se hicieron de madera, con el fin de aislar a los enfermos más contagiosos. Después de la Guerra Civil, se hizo una remodelación de estos pabellones, construyendo cuatro Salas con capacidad para 16 camas. Al final de estas salas existía alguna habitación individual. Se puso calefacción, buena iluminación y cocina de carbón. Estas Barracas, aunque tuvieran este sencillo nombre, cumplieron un gran papel para descongestionar los demás servicios en caso de grandes epidemias. Destaca la fuerte y durísima epidemia de Meningitis Tuberculosa. Empezaron los primeros casos en 1.948, pudiéndose atender a estos enfermos en los pabellones I y II. Sin embargo, desde 1.950 hasta 1.952, pasaron a atenderse en las Barracas. Posteriormente, estos enfermos se trasladaron al Pabellón III.

Los dos años de Barracas fueron y serán inolvidables, tanto para el personal que atendimos a estos enfermos, como para los familiares de los mismos ¡lo recordarán siempre! ¡Cuántas lágrimas! Gritos espantosos, vidas arrebatadas, con absoluta carencia de medios... Prueba de ello son las expresiones de los enfermos: ¡mátame ya Dios mío! Al terminar la Epidemia, las Barracas se convirtieron en el Almacén de todo lo desechable del Hospital. Posteriormente, tuvo lugar la destrucción de nuestras queridas barracas.

Si estos terrenos pudieran hablar y dejaran entrever lo aquí ocurrido, no sería fácil soportar la emoción”.

Testimonio de Sor Dominica Vicente-Devesa, de la congregación de las Hijas de la Caridad. Madrid, 1.977.

La experiencia de los profesionales del Hospital del Rey al desarrollar su trabajo en un modelo de pabellones para enfermos infecciosos pronto creció. Y no sólo desde el punto de vista médico, sino también de experiencia en funcionalidad arquitectónica sanitaria. Queda demostrado que estos médicos no debían estar mal considerados desde el punto de vista de poseer criterio arquitectónico sanitario, pues se les pidió su opinión sobre este tema en numerosas ocasiones¹⁰¹.

Por último, no queremos acabar esta pequeña reseña sobre los edificios del Hospital del Rey sin hacer mención expresa del Edificio de Laboratorio y de la importante labor que desempeñó en el buen funcionamiento del Hospital del Rey. Si como hemos visto, hubo un cierto grado de desmembramiento con la edificación de nuevos pabellones, el Laboratorio siempre fue un punto de unión y de referencia para todos estos pabellones. El edificio de Laboratorio permitió hacer realidad la visión moderna de la Medicina que conjugaba la Clínica y la atención de los pacientes por un lado, con un punto de vista basado en el diagnóstico serológico y de Laboratorio, por otro lado.

De este modo, el Laboratorio fue una pieza fundamental que sostuvo toda la armazón de esta Institución. Al ser producidas por microbios las enfermedades infecciosas, no se podía dar un paso diagnóstico ni terapéutico sin cultivar, aislar e identificar al agente causal. Así quedó reflejado en la conferencia del Doctor Figueroa Egea con motivo de la conmemoración del cincuentenario del Hospital del Rey: “de 1.935 hasta 1.975 se practican 36.000 hemocultivos, se aíslan 5.000 Bacilos de Eberth, 200 Salmonellas, 1.750 Brucellas y 250 gérmenes piógenos”¹⁰².

¹⁰¹ Con ocasión de la remodelación de los sanatorios antituberculosos ya existentes, o del proyecto de construcción de nuevos Sanatorios en el Territorio Nacional, se planteó un modelo arquitectónico adecuado y funcional. Parte de los médicos del Hospital del Rey participaron en el estudio de un proyecto de construcción del Sanatorio de Húmera. En concreto, se organizó un equipo con los arquitectos Golfín y López Durán. La discusión del proyecto elaborado con Sanidad tuvo un problema insalvable: el económico, y por este motivo del proyecto original al definitivo hubo una gran diferencia. Se realizó un estudio de la existencia sanitaria en España, procediendo a visitar directamente centros Hospitalarios de la Península. Descripciones de los Hospitales de la época, ilustran sobre la necesidad real de realizar una auténtica revolución arquitectónica sanitaria:

Algunos Hospitales carecían de agua corriente o disponían de un servicio único: un simple grifo donde se limpiaban las bacinillas y se vertían su contenido en un pilón.

Los Hospitales estaban contruidos con arreglo a normas antiguas, es decir con salas grandes para veinte o treinta camas, con un baño en el extremo.

Las Hermanas enfermeras solían preparar en el centro de la sala una palangana, con dos jarros de agua fría y caliente, lo que proporcionaba el agua de lavabo para la sala. Es evidente que la sanidad de Época necesitaba urgentemente otro entorno arquitectónico para poder desarrollar con normalidad la labor médica. Pero como siempre el principal problema de la época, el económico, se convertía en un escollo insalvable.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 70-74, 1.975.

¹⁰² Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

En el edificio de Laboratorio también se llevan a cabo los estudios necrópsicos del Hospital, dato importante pues uno de los índices para la cualificación de los hospitales es el número de necropsias que se efectúa.

2.1.3 Las etapas históricas del Hospital del Rey.

Algunos autores, como la Profesora Porras Gallo¹⁰³, han propuesto una división del periodo histórico que abarca el Hospital del Rey por etapas. Esta división ayuda al estudio teórico del Hospital, pero es algo rígida y no se adapta del todo a la realidad histórica de una Institución sanitaria. Utiliza cuatro períodos: desde la inauguración hasta el inicio de la Guerra Civil; el período de Guerra Civil; los primeros años de la posguerra (1.940-1945); y desde 1.955 hasta su desaparición. Es una división basada en hechos políticos, externos y ajenos a la vida hospitalaria. Es evidente que la vida socio-política afecta a un Hospital, pero también es importante recordar que una Institución como el Hospital del Rey tiene una personalidad propia muy definida, y totalmente separada de las circunstancias políticas que la rodearon.

Aquí, se propone una división de tipo mixto, es decir una clasificación por etapas que tenga en cuenta fundamentalmente los hechos de tipo médico, aunque también refleje los acontecimientos de carácter socio-político. Una división importantísima, es la era preantibiótica y la situación creada tras la aparición de antibióticos. Esta división es clave para el estudio que aquí planteamos, pues en esta Tesis proponemos hacer un estudio de las Historias clínicas situadas históricamente antes de la aparición de los antibióticos. Luego, se pueden hacer subdivisiones que tienen menor importancia o son más discutibles como la aparición de las epidemias que marcaron la vida del Hospital del Rey: poliomielitis, viruela, tifus exantemático, etc.

Por razones de facilidad de método, nos detendremos ahora en los distintos periodos socio-políticos del Hospital del Rey, que están íntimamente ligados al nombramiento de los sucesivos Directores Médicos. Se entiende de este modo que las circunstancias políticas sí que influyeron en determinadas ocasiones en el nombramiento de la persona del director.

La inauguración del Hospital del Rey tuvo lugar el 25 de Enero de 1.925, con personal facultativo interino¹⁰⁴

¹⁰³ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁰⁴ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

En Mayo de 1.925, tras las oposiciones realizadas, el Hospital contaba con un Director Médico, Manuel Tapia; un Jefe Clínico, Pedro Zarco; y dos médicos de guardia: Antonio María Vallejo Simón y Juan Torres Gost.

Antes de declararse la Contienda Nacional, eran quince los facultativos que pertenecían a dicha institución, habiéndose incorporado algunos especialistas: un Radiólogo, un Otorrinolaringólogo, un Cirujano, un Anatomopatólogo y un Jefe de Laboratorio.

La Guerra introdujo numerosos cambios en la vida del hospital del Rey, que quedó bajo el dominio de un Comité Republicano. En los primeros momentos de la Guerra, Manuel Tapia deja la dirección Médica, y asume el cargo un médico comunista no perteneciente a la plantilla del Hospital. Este Director, después de escasos meses, tiene que retirarse a Valencia, donde se sitúa el Gobierno de la República. Desde octubre de 1.936 y hasta el final del conflicto bélico, Torres Gost, será nombrado Director médico.

En los primeros años de la posguerra, se nombra como Director a Antonio Vallejo Simón, que ocupa dicho cargo hasta el momento de su fallecimiento, en 1.955. La aparición de los antibióticos (Penicilina, Estreptomicina, Cloromicetina, Isoniacida), modificó radicalmente la vida del Hospital del Rey. Es un periodo de reconversión del Hospital de Rey, que por una parte tenía que reconstruir parte de sus Pabellones que se habían quedado obsoletos con el paso de los años, y por otra parte, tenía que adecuarse a los nuevos retos sanitarios de nuevas épocas.

A la muerte de Vallejo Simón en 1.955, le sucedió como Director Torres Gost. Destaca en este período la inauguración en 1.959 del Servicio Nacional de poliomielitis y la creación de una UVI en 1.970.

El Primer ingreso en el Hospital del Rey.

Una vez inaugurado el Hospital, no se hizo esperar el ingreso del primer enfermo. Recogemos la noticia del primer paciente admitido en el Hospital del Rey, con fecha de 25 de Enero de 1.925. Es este un momento esperado por amplios sectores de la Sanidad de la Nación. Como hemos visto, el proceso de gestación del Hospital fue laborioso y prolongado. Después de muchos intentos, y tras años de empeño por parte de determinados políticos del sector sanitario, por fin se disponía de un Hospital de Infecciosos en Madrid. Es por eso por lo que quizás descubrimos un cierto aire de festejo en el periódico que deja constancia de la noticia:

“Esta mañana ha ingresado el primer enfermo en el Hospital del Rey, con lo que se ha dado por inaugurado este moderno centro para enfermedades infecciosas. Los familiares solo podrán

ver a los enfermos a través de cristales, ya que por tratarse de un hospital de Infecciosos, se han cuidado las condiciones de aislamiento”¹⁰⁵.

Es el momento del inicio de una historia de años de existencia de una institución como el Hospital del Rey, que marcó un antes y un después en la atención de las enfermedades infecciosas. Intentaremos demostrar de algún modo a través de las páginas de esta Tesis la importancia de la existencia del Hospital del Rey. Los hechos que se sucedieron entre los muros del Hospital, los profesionales que desarrollaron allí su labor y, por supuesto, los enfermos que pasaron por la institución, bien merecen este esfuerzo.

Reglamento para la admisión de enfermos.

Con la creación de un nuevo Hospital, es lógico que una de las primeras tareas a realizar fuera la del Reglamento de admisión de enfermos¹⁰⁶. Como veremos, se adapta a lo largo de los años a las distintas necesidades del Hospital pero permanece en lo esencial relativamente estable.

El pequeño y breve reglamento para los enfermos del Hospital del Rey hace hincapié en el elemento fundamental de un Hospital de Infecciosos: el aislamiento¹⁰⁷. La fecha de su aprobación es el 29 de Septiembre de 1.925, y la de publicación el 21 de Septiembre de 1.925, firmándose por Manuel Tapia, Director del Hospital. Previamente, se había dictado una Real Orden de 29 de Julio de 1.925, creando las plazas de Pensionistas del Hospital del Rey, disponiendo:

“Que se habilite con arreglo a las necesidades que el servicio requiera camas que serán destinadas a enfermos infecciosos distinguidos, que ahorrarán la pensión diaria de 8 pesetas. Que los enfermos que ocupen estas plazas tengan la separación indispensable de los restantes. Que las cantidades recaudadas se destinan a mejorar el servicio”¹⁰⁸.

¹⁰⁵ CRÓNICA DE MADRID, 25 de Enero de 1.925.

¹⁰⁶ HOSPITAL DEL REY, *Reglamento para la Admisión de enfermos*, Madrid: Est. Tip. Sucesor de Nieto y Compañía, 1.925. Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

¹⁰⁷ “Principio elemental de profilaxis de las enfermedades infecciosas es el aislamiento. Se hace preciso que la Dirección General de Sanidad cuente con medios adecuados para llevarlo a efecto, eliminando el infundado prejuicio y la repulsión que el Hospital infunde, como establecimiento únicamente destinado a albergue-asilo de desamparados e indigentes”.

Es el comentario realizado por el Sr. Director General de Sanidad Francisco Murillo en el prólogo de dicho reglamento.

¹⁰⁸ HOSPITAL DEL REY, *Reglamento para la Admisión de enfermos*, Madrid: Est. Tip. Sucesor de Nieto y Compañía, 1.925. Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

En cuanto al Reglamento como tal, cabe destacar los siguientes puntos:

No se admiten otros enfermos que los que padezcan enfermedades infecto-contagiosas. Para el ingreso de cualquier enfermo será necesaria la certificación del médico que le asista. Igualmente será admitidas las personas en las que se sospeche contagio. Todo enfermo que sea admitido se someterá al régimen de desinfección conveniente para cada enfermedad¹⁰⁹. El enfermo que ingrese en este Hospital no tendrá relación alguna con otras personas que con las encargadas de su asistencia. Las familias solo podrán visitarles los días y a las horas indicadas por la Dirección.

Bajo ningún concepto podrán recibir los enfermos otros alimentos y medicamentos que los prescritos por los médicos. El 7 de Septiembre de 1.934, se publica una Orden que regula el ingreso y admisión de enfermos de tuberculosis Pulmonar en Sanatorios¹¹⁰.

Reglamento de régimen interno del Hospital del Rey en 1.944.

En 1.944, se produce la primera modificación del texto fundamentalmente porque el Reglamento de 1.925 precisa modificaciones por el tiempo pasado. En este nuevo Reglamento, que básicamente sigue punto por punto el de 1.925, destacan pequeños cambios:

Las horas de ingreso de enfermos serán desde las ocho de la mañana hasta las ocho de la noche, no dándose entrada a ningún enfermo fuera de estas horas. Todo enfermo a su llegada será examinado por el médico de guardia. En caso de no tratarse de una enfermedad infecto-contagiosa deberá ser remitido al establecimiento correspondiente o devuelto a su domicilio. Los servicios clínicos y de Laboratorio, así como los complementarios no permanentes funcionarán de 10 a 12 de la mañana. Antes y después de estas horas podrán los familiares de los enfermos

¹⁰⁹ “Limpieza de enfermos: En el momento de su entrada cada enfermo pasaba por el Servicio de Baños donde se le cortaba el pelo, debido a las medidas de higiene que eran muy escasas. Se recogía la ropa que traían y se mandaba a esterilizar, la cual no se les entregaba hasta el día de alta. El enfermo una vez bañado y limpio, pasaba a la Sala de Reconocimiento donde el Doctor de Guardia le exploraba y ponía el tratamiento adecuado”. Testimonio de Sor Dominica Vicente Devesa, de la Congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. Madrid, 1.997

¹¹⁰ No sólo comprende los que reciben el nombre de Sanatorios sino las llamadas Enfermerías, existentes o en construcción y los servicios antituberculosos de los grandes hospitales. El Estado para dar ejemplo, establece las normas que han de ajustarse para la admisión de enfermos en los servicios antituberculosos de su propiedad, tales como el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, La Enfermería de Chamartín y los Sanatorios de Iturralde, Valdelatas, Húmera y Tablada. Gaceta de Madrid, *Orden de regulación de ingreso y admisión de enfermos tuberculosos*, 7 de Septiembre de 1.934.

informarse directamente del Director o Jefes de los distintos Servicios de cuantos detalles pueden interesarles en relación con los enfermos.

Todo enfermo que desee ingresar en sala de pago, lo solicitará de la Dirección acompañando el certificado que demuestre padece enfermedad infecciosa.

El importe de la pensión será de 12 pesetas diarias, incluidos todos los gastos.

Si por circunstancias especiales el enfermo o familiares solicitaran el alta, podrá amortizarse, siempre que en ello no hubiere peligro de contagio, relegando el Hospital toda responsabilidad.

El enfermo, al alta, será provisto de un volante en que se haga constar el diagnóstico de la enfermedad padecida y su estado.

Primeros datos de morbilidad-mortalidad en el recién inaugurado Hospital del Rey.

Como no podía ser de otra forma, nada más inaugurarse el Hospital, comienza a realizar su labor asistencial en el campo de las enfermedades infecciosas. Quizá son históricos los primeros enfermos que entraron por las puertas del Hospital y por eso quedan reflejados en la conferencia de Figueroa Egea:

“Tres meses antes de que el Tribunal eligiese Director, ya había abierto sus puertas el hospital y el 29 de Enero de 1.925 ingresan los dos primeros enfermos afectos de tuberculosis Pulmonar. El tres de febrero, un caso de viruela, el seis otro de Kala-Azar (primera mujer), y el doce, tres de paludismo”¹¹¹.

¹¹¹ En el primer año (1.925) pasaron por el Hospital 637 enfermos con procesos infecciosos, en el segundo año (1.926) subió a 976, al cuarto (1.928) se llegó a 1.971. La progresión es creciente y en 1.936 alcanzó la cifra de 2666 pacientes. Pasan de 3000 en los años 1.941 y 1.942, con las epidemias de tifus exantemático y viruela. Se mantiene en las décadas cuarenta y cincuenta alrededor de 2000 casos anuales. En el año 1.941 hubo días con 600 enfermos internados, teniendo que habilitarse 150 camas supletorias. Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

Desgraciadamente, estos primeros ingresos llevaron consigo algo que irremediablemente se asociaba a las enfermedades infecciosas: la alta mortalidad que en aquella época tenían este tipo de enfermedades¹¹².

2.1.4 Actividad docente e investigadora en el Hospital del Rey.

La labor investigadora de esta Institución se refleja a través de sus incontables publicaciones. Lo más significativo de estas publicaciones queda recogido en los Trabajos del Hospital del Rey¹¹³. En estos volúmenes están recogidos cientos de artículos de gran interés científico e histórico sobre diversas enfermedades infecciosas.

Sería prolijo analizar todo lo efectuado por el Hospital en su faceta investigadora y pormenorizar a sus autores. Más adelante, analizaremos con mayor extensión este aspecto. Baste decir aquí, que este centro dio en todo momento, al médico español de aquella época, las normas generales de actuación ante las enfermedades infecciosas. Y esta autoridad científica, que el Hospital del Rey se ganó con los años, se debió a la experiencia ganada durante la atención de miles de enfermos infecciosos, en numerosas epidemias, desarrollando de esta forma no sólo una excepcional labor asistencial sino también una misión científica de alto nivel.

Como parte de esta faceta docente del Hospital, cabe destacar su silenciosa misión de enseñar a la hora de formar futuros profesionales. En los primeros años de existencia del Hospital no había una enseñanza oficialmente reconocida por parte de esta Institución, pero nunca faltaba el grupo de asistentes voluntarios y honoríficos rodeando a los jefes clínicos, en las visitas, consulta y sesiones clínicas¹¹⁴.

Como veremos más adelante, ya desde su creación, el Hospital tuvo una participación activa en todos los cursos oficiales organizados por el Instituto Alfonso XIII, plasmándose dicha simbiosis en la creación de la Escuela Nacional de Sanidad¹¹⁵. A los cursos que se organizaban

¹¹² Las tasas de mortalidad general comenzaron siendo del 16 al 18 por cien, y se aprecia cómo a partir del año 1.931 se inicia un descenso paulatino, hasta el 9 por 100 en el año 1.950. Los elementos terapéuticos eran hasta entonces muy similares, pero sin duda, la práctica y la especialización técnica en la asistencia obtuvo esos mejores resultados. Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹¹³ *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. I (1.929-1.930)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.930.

Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931), Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945), Madrid: Ed. Estades, 1.946.

Trabajos del Hospital del Rey. Vol. VI (1.945-1.946), Madrid: Ed. Estades, 1.947.

¹¹⁴ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹¹⁵ Cuando se creó el Cuerpo de Sanidad Nacional, para ingresar se requería hacer una Oposición, completando un largo curso en la Escuela Nacional de Sanidad, de Bacteriología, Epidemiología, Estadística, Higiene y Enfermedades Infecciosas. Este último curso de Enfermedades Infecciosas se celebraba íntegramente en el Hospital

acudían médicos rurales con afán de completar su formación en lo relativo a las Enfermedades Infecciosas. De esta forma, gracias al prestigio alcanzado en el campo de la Tisiología, el Hospital del Rey llegó a crear, sin proponérselo, una verdadera escuela docente, destacando en el campo de la Tisiología y Laboratorio, que tuvieron muchos alumnos¹¹⁶.

Con el tiempo, los reconocimientos por parte de la Universidad no se hicieron esperar. Por el Decreto de 27 de Enero de 1.941, en su artículo 19, se considera al Director del Hospital del Rey como Profesor Agregado, concediendo que en el Hospital del Rey se pueda dar la enseñanza de Patología de las Enfermedades Infecciosas¹¹⁷. Es parte del Decreto que se imparte para coordinar servicios hospitalarios con los de enseñanza. El 6 de Enero de 1.953, como culminación de lo dicho hasta ahora, Vallejo de Simón consiguió una orden conjunta de Gobernación y Educación Nacional, coordinando el Hospital del Rey con la Universidad de Madrid a efectos docentes, como filial de la Escuela Nacional de Sanidad¹¹⁸.

Todo esto se basaba en los principios sobre los que se fundó el Hospital del Rey. Ya desde su comienzo tuvo una doble vertiente de investigación y enseñanza, añadidas por supuesto a la fundamental, de atención de enfermos infecciosos. Para que esta triple labor (asistencial, docente e investigadora) se llevara a cabo, había que contar con médicos altamente cualificados. Y para conseguirlo, no se escatimaron los medios necesarios al alcance de la España de la época. De este modo, no fue extraño que los médicos del Hospital del Rey realizaran estancias en el extranjero para completar su formación. Tapia estuvo aproximadamente un año en Boston, Estados Unidos. Y Torres Gost, acudió a Berlín, Alemania¹¹⁹. Como consecuencia de estas estancias en el extranjero, se aportaron a la ciencia española nuevos conceptos en Infectología, provenientes de distintos países. Por dar algún ejemplo, no fue excepcional la traducción de tratados clásicos de Infectología publicados en el Extranjero permitiendo su conocimiento y difusión en España¹²⁰. En el área de la tuberculosis la aportación del Hospital del Rey fue muy

del Rey. Todos los alumnos de la Escuela asistían al Hospital, donde por la mañana pasaban visita y asistían a la lección teórica a cargo de Médicos del Hospital. Algunos se quedaban después de guardia durante 24 horas.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 46, 1.975.

¹¹⁶ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹¹⁷ *Boletín Oficial del Estado*, Decreto de 27 de Enero de 1.941. Presidencia. Beneficencia de Sanidad. Coordinación de Servicios con los de Enseñanza. Publicado el 5 de Marzo de 1.941. Pág. 426-428.

¹¹⁸ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹¹⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 45, 1.975.

¹²⁰ Torres Gost tradujo dos tratados importantes sobre Tuberculosis: la Clínica de la Tuberculosis del adulto de Neumann; y la Tuberculosis del Adulto, de Ulciri.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 64, 1975.

importante. Así lo demuestra que la Sociedad de Tisiología estuviera dirigida por el Dr. Tapia, Director del Hospital del Rey¹²¹.

Es lógico comprobar que algunos médicos de los pacientes que sufrían enfermedades infecciosas aprovecharan el ingente material médico de los pacientes para realizar sus propios trabajos de investigación e incluso la Tesis Doctoral¹²². Durante las epidemias también se intenta reunir la experiencia asistencial y científica, publicando valiosas contribuciones en revistas científicas de la época. Esto da una idea del mérito de estos profesionales, pues además de la ingente labor asistencial que se requería durante estas avalanchas de enfermos, sacaban tiempo para la publicación de estos trabajos científicos.

Durante la epidemia de tifus exantemático, Vallejo Simón publicó diversos trabajos desde el punto de vista clínico en la Revista Medicina. Le ayudó en sus investigaciones Castellón Mora¹²³. Torres Gost, en colaboración con García Pomareda, se dedicó al estudio de la Fisiología Patológica del tifus exantemático¹²⁴.

La colaboración del Hospital del Rey con la Escuela Nacional de Sanidad.

La labor docente del Hospital se ve respaldada de forma importante, cuando se crea la Escuela Nacional de Sanidad. Como Institución, la Escuela Nacional de Sanidad se inaugura en 1.931, siendo Director Gustavo Pittaluga, y teniendo sede en la calle de Recoletos¹²⁵. La idea de crear la Escuela Nacional de Sanidad, como tal, fue de Martín Salazar. Si bien, no se pudo hacer realidad a este proyecto hasta la época de Murillo en 1.924¹²⁶.

¹²¹ Destacan artículos científicos de la época, como el del Dr. Tapia sobre el infiltrado precoz; o el del Dr. Torres Gost sobre la evolución de la infección Tuberculosa, difundiendo la doctrina de Ranke, publicado en 1.931 en la Revista Española de Tuberculosos.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 66, 1.975.

¹²² Torres Gost realizó su Tesis Doctoral sobre Endocarditis Lentas y Endocarditis Sépticas, que defendió ante un Tribunal presidido por el profesor Teófilo Hernando.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 44, 1.975.

¹²³ Síntomas y Diagnóstico del Tifus exantemático, *Medicina*, 1.942; tifus exantemático Murino e histórico, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. El período de incubación en el tifus exantemático, *Ser*, 1.942; Formas Clínicas del Tifus exantemático, *Medicina*, 1.944.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 105, 1.975.

¹²⁴ Examen funcional del corazón en el tifus exantemático y en otras enfermedades infecciosas, *Semana Médica Española*, 1.942; Examen funcional del riñón en el Tifus exantemático y otras enfermedades Tíficas, *Semana Médica Española*, 1.942; Examen funcional de la periferia en el Tifus exantemático y otras enfermedades tíficas, *Semana Médica Española*, 1.942; Los valores trombocíticos en el curso del Tifus exantemático, *Semana Médica Española*, 1.942.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 106, 1.975.

¹²⁵ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 46, 1.975.

¹²⁶ RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 326, 1.969.

La Escuela Nacional de Sanidad surge como fruto de la estrecha colaboración con la que son creados el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y el Hospital del Rey. De esta forma, el Ministerio de Gobernación aprovecha, de una parte, una Institución provista de Laboratorios apropiados donde enseñar Microbiología, Serología, Desinfección y las materias pertinentes de la Higiene. Y por otra parte, un Hospital donde estudiar el proceso clínico de la enfermedad infecciosa.

La idea de coordinar ambas Instituciones, ya estaba en la legislación que preveía la construcción del Hospital de infecciosos en Madrid, casi una década antes. Así podemos leer en parte de la legislación que contemplaba la creación del Hospital:

“El Hospital de enfermedades infecciosas que se construya en Madrid ha de estar en relación íntima con el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII; en esta relación mutua, el Alfonso XIII prestará al Hospital la cooperación de Laboratorios que precise. Y por otra parte el Hospital del Rey ofrecerá al Alfonso XIII todo el material clínico que se necesite para desarrollar una constante labor de investigación científica”¹²⁷.

Por eso, tomando como elementos cooperantes el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y el Hospital del Rey, se crea la Escuela Nacional de Sanidad¹²⁸ por Real Decreto de 9 de Diciembre de 1.924¹²⁹.

En 1.925, se crea una Comisión para regular las enseñanzas de la Escuela Nacional de Sanidad, en la que participa Manuel Tapia como Director del Hospital del Rey, organizándose el contenido y el profesorado de los cursos¹³⁰.

¹²⁷ *Gaceta de Madrid*, Preámbulo de la Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916, por la que se crea la Junta Técnica Asesora e Inspectora de las obras para la construcción del Hospital. Firmado por Ruiz Jiménez. Inspector de Sanidad. Publicado el 10 de Septiembre de 1.916.

¹²⁸ Sus objetivos serán instituir y fundar el Cuerpo de Funcionarios de Sanitarios del Estado (funcionarios médicos dependientes de la Dirección General de Sanidad); y establecer cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para Arquitectos, Ingenieros, Farmacéuticos y Veterinarios, iniciar la fundación de un museo de Higiene y difundir los principios de Higiene.

De hecho, se reglamenta que todos los opositores que aprobasen las oposiciones al Cuerpo de Sanidad, tengan que pasar un tiempo como alumnos de dicha Escuela Nacional de Sanidad. Se contribuye a la formación, por tanto, de los alumnos que acaban de ingresar en el Cuerpo de Sanidad Nacional, que nace de la fusión de Sanidad Interior, Exterior e Instituciones Sanitarias.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 46, 1.975.

¹²⁹ Real Decreto de 9 de Diciembre de 1.924. *Gaceta de Madrid*, nº 347, Pág. 1196, Publicado el 12 de Diciembre de 1.924.

¹³⁰ En dicho plan de estudios existe una activa participación de profesionales del Hospital del Rey: Manuel Tapia, como docente de Meningitis cerebro-espinal epidémica y diftérica; y Ruiz Falcó, como encargado del Diagnóstico General de las Enfermedades Infecciosas.

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 326, 1.969.

Se puede entender así, que en el campo sanitario, el hospital contribuyó notoriamente a nutrir la plantilla del Cuerpo de Sanidad Nacional. Más de noventa sanitarios realizaron en el Hospital del Rey su primera formación.

Por lo tanto, podemos decir que el Hospital creó una auténtica escuela Higienista con su docencia en el sentido epidemiológico o sanitario propiamente dicho, en estrecha colaboración con los profesores del Instituto de Alfonso XIII.

Publicaciones del Hospital del Rey.

El estudio de las aportaciones científicas del Hospital del Rey justificaría un amplio estudio monográfico que supera los objetivos de este trabajo. Pero es necesario hacer constancia, aunque sea sólo a través de una pequeña muestra, del ingente esfuerzo que el Hospital del Rey puso en la tarea de investigación que se le había encomendado.

Para comenzar, es necesario hacer mención de los Trabajos del Hospital del Rey¹³¹. Suponen una de las mayores aportaciones de carácter científico del Hospital del Rey. Los primeros tomos van prologados por el Director del Hospital del Rey, Manuel Tapia¹³².

El objetivo en un principio era reunir cada año en un Volumen los trabajos más relevantes publicados por profesionales del Hospital del Rey en revistas científicas de la época. No obstante también existen contribuciones originales, es decir no publicadas en otros medios científicos.

Aunque el empeño inicial fue publicar cada año un libro, pronto se vio que quizás era excesivo, sin contar con que las circunstancias externas como la Guerra Civil, impidieron y retrasaron esta publicación.

En cuanto al contenido de estos artículos es variado, pero refleja en todo momento la doble vertiente investigadora y asistencial del Hospital. No obstante, sea cual sea el contenido del trabajo de investigación, siempre llama la atención el alto nivel científico, y más teniendo en cuenta los años de publicación. Este es el caso del trabajo publicado en el Volumen II por Manuel Tapia, que destaca por la calidad de sus ilustraciones: “El Síndrome Agranulocitario, su

¹³¹ *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. I (1.929-1.930)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.930.

Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931), Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945), Madrid: Ed. Estades, 1.946.

Trabajos del Hospital del Rey. Vol. VI (1.945-1.946), Madrid: Ed. Estades, 1.947.

¹³² Leemos en el prólogo al Volumen II, correspondiente al curso 1.930-1.931; “Cumplimos nuestra promesa. Apenas terminado el curso 1.930-1.931, aparece el segundo tomo de los trabajos del Hospital. La acogida benévola dispensada al primero, ha sido, sin duda, el acicate para la publicación del actual, que esperamos que por lo menos, no desmerezca del anterior, y os rogamos acojáis con la misma cordialidad”.

Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931), Madrid: Ed. Paracelso, Pág. XIII-XIV, 1.931.

diagnóstico diferencial con otros procesos, en especial con la Angina Monocítica y la Angina por Anaerobios”¹³³.

No eran infrecuentes artículos publicados en colaboración por varios médicos, reflejando de este modo la cooperación entre los profesionales del Hospital, así como la docencia impartida entre médicos infectólogos y médicos de guardia o estudiantes¹³⁴. También se añadían a estos trabajos Conferencias de interés que hubieran sido impartidas durante el curso académico¹³⁵.

En otras ocasiones, de forma sencilla, se deja constancia de un caso interesante desde el punto de vista clínico a través de una nota clínica¹³⁶. En estos trabajos, se puede comprobar la contribución de especialistas colaboradores del Hospital del Rey. Es el caso de Ángel Vázquez, Médico Odontólogo de las Instituciones Sanitarias del Estado, que aporta un trabajo¹³⁷, que ya estaba publicado en otra revista previamente.

Otro tipo de trabajos se centran más en aspectos de Laboratorio, dejando constancia de la importancia de este aspecto en un Hospital como el nuestro¹³⁸. El contenido de estos trabajos del Hospital del Rey se complementa con datos administrativos sobre el mismo. Así, se incluye un listado de personal presente en el Hospital durante el curso académico correspondiente.

Se incluye también una escueta memoria de la asistencia Clínica durante el período contemplado. En el Volumen II, se incluye la estadística de enfermedades asistidas en el Hospital durante el curso 1.930-1.931, incluyendo su incidencia y mortalidad. Se cita la estadística global de la mortalidad. Después se hace un repaso de la actividad realizada por los distintos servicios clínicos del Hospital: Departamento de Radiología, Servicio de Cirugía, Departamento de Odontología, Departamento de Otorrinolaringología, Laboratorio y Servicios Especiales.

¹³³ TAPIA, Manuel. El Síndrome Agranulocitario, su diagnóstico diferencial con otros procesos, en especial con la Angina Monocítica y la Angina por Anaerobios, en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 277-323, 1.931.

¹³⁴ TAPIA, Manuel, et al, Contribución al Estudio de la Hidatidosis Pulmonar, en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 433-459, 1.931. Fue publicada por Manuel Tapia, Julio Orensanz (Radiólogo), Carlos Díez y Rafael Navarro (Médicos Internos).

¹³⁵ TORRES GOST, Juan, La Infección Tuberculosa, su evolución, en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 645-727, 1.931. Esta conferencia se celebró en la Escuela Nacional de Sanidad en el curso 1.930-1.931.

¹³⁶ GUTIÉRREZ, Rafael, BAQUERO GIL, Gregorio, Nota Clínica. Un caso de Anemia Displásica (Síndrome Pernicioso) en el curso de una Fiebre de Malta, en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 359-375, 1.931.

¹³⁷ VÁZQUEZ, Ángel. Las endocarditis de origen dentario, *Medicina Íbera*, nº 678, 8 de noviembre de 1.930. Publicado en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 245-259, 1.931.

¹³⁸ Díez Fernández, Navarro Gutiérrez, La Observación de las curvas de velocidad de sedimentación con y sin adición de Tuberculina vieja en los tuberculosos pulmonares, como dato de valor para el diagnóstico y pronóstico de los mismos, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, nº 513. Publicado en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 199-211, 1.931.

Se puede, por tanto, concluir que estos trabajos del Hospital del Rey son como una foto del Hospital en su globalidad, pues se muestra la actividad científica como objetivo primordial, pero también la actividad asistencial resumida en una concisa Memoria, y aspectos administrativos como la relación del personal. Además, por el prólogo del Doctor Tapia en el Volumen II se pueden obtener datos del contexto histórico en el que se veía envuelto el Hospital en los años 1.930 y 1.931:

“La feliz transformación política de nuestro país, ha sido la causa de que del título de este tomo desaparezca todo aquello que pudiera rememorar al régimen caído. El Hospital se llama ahora Nacional, y éste es el Título de nuestros trabajos. Expresemos con alegría nuestra esperanza de que el cambio sea eterno y la transformación que el cambio supone, progresista”¹³⁹.

Las páginas de estos volúmenes constituyen, por lo tanto, una oportunidad única de realizar un acercamiento al ambiente científico creado por los profesionales del Hospital del Rey. Cuando se realizan las oposiciones para cubrir las primeras plazas, se pone todo el empeño posible para que sean cubiertas por profesionales de gran talla científica, tanto en terreno asistencial como en el perfil de Laboratorio. Es como se entendía el perfil de un profesional moderno de la Infectología de la época, dotado de una gran capacidad clínica, pero también con una contrastada experiencia en los distintos aspectos de laboratorio (Serología, Vacunación, Microbiología y Anatomía Patológica). Se llevaba tantos años esperando la construcción de este Hospital, que a la hora de escoger a los profesionales responsables se puede decir que se les eligió con lupa. A la vista de todos estos trabajos, bien se puede decir que no defraudaron a quienes les eligieron, antes bien superaron con creces los objetivos y las expectativas previstas.

Los volúmenes de los trabajos del Hospital del Rey quedan interrumpidos con motivo de la Guerra Civil. El Hospital logró sobrevivir como Institución pero, lógicamente, bajo mínimos. Esto se tradujo en una disminución ostensible de la labor científica quedando reducida a la labor asistencial de pacientes. Una vez más tenemos que destacar que las circunstancias políticas que rodean al Hospital, lo afectan de forma significativa. De ello son testigo, las palabras de Vallejo de Simón en el prólogo al V Tomo de los trabajos del Hospital del Rey:

-BAQUERO GIL, Gregorio, Las Plaquetas en la fiebre tifoidea, *Progresos de la Clínica*, nº 228, 1.930. Publicado en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. 57-119, 1.931.

¹³⁹*Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, Pág. XIII, 1.931.

“Podemos reanudar esta publicación con la misma denominación con que en 1.930 apareció el primer volumen y no con los de Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, con que a partir de 1.931 se publicaron los otros tres. Estos cambios de nombre guardan relación con lamentables cambios políticos, tan trascendentes para nuestra Patria y que tantas calamidades y lágrimas nos han acarreado”¹⁴⁰.

Los volúmenes publicados con anterioridad abarcan un período más corto de años, pero este volumen V reaparece después de un forzado silencio de casi doce años, reuniendo lo que se considera más interesante y práctico para el médico de cuanto se ha publicado por el personal del Hospital desde Abril de 1.939 a 1.945.

Como con otros volúmenes, aquí también se aprovecha para hacer memoria breve de los hechos materiales o reformas de construcción más importantes que han sucedido en el Hospital¹⁴¹. Se hace mención expresa del Archivo de Historias clínicas (superior en el año de 1.946 a 37.000 historias), que supone una verdadera joya del Hospital. Este Archivo se instala en una estancia aneja a la biblioteca, y se dota a esta sala de elementos adecuados para la fotografía, el dibujo científico y para la adecuada visualización de radiografías y electrocardiogramas.

Se hace especial hincapié en la tarea de investigación y docencia llevada a cabo por el Hospital en esta etapa. Exponente de esto son los cursos de enfermedades infecciosas que se han desarrollado, las tesis doctorales llevadas a cabo, el casi centenar de publicaciones del personal adscrito al Hospital y el sinfín de comunicaciones y ponencias presentadas en Congresos y Academias¹⁴².

En cuanto al contenido puramente científico del volumen V, existen escasas diferencias con respecto a otros volúmenes consultados. Destacan, mayor presencia de ilustraciones, gráficos y estadísticas en los distintos trabajos en relación con volúmenes anteriores. Se recogen trabajos publicados en Revistas científicas de la época, y no hay aportaciones inéditas para este volumen,

¹⁴⁰ *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estados, Pág. 14, 1.946.

¹⁴¹ Se ha cerrado y aislado completamente el recinto del Hospital; los laboratorios han reformado, estableciendo una completa separación entre las secciones de bacteriología, química, hematología y anatomía patológica; está en construcción su amplio pabellón que albergará una capilla, una residencia para el personal, talleres y almacenes. *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estados, Pág. 13, 1.946.

¹⁴² Desde 1.943, regularmente se dan dos cursos al año patrocinados por la Obra de perfeccionamiento sanitario de España para médicos de todas las provincias. Se dan durante tres meses clases prácticas para alumnos del último curso de la Facultad de Medicina. Se desenvuelven además los cursos propios de la Escuela Nacional de Sanidad en la parte que se encomienda al Hospital del Rey. *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estados, Pág. 15-16, 1.946.

cosa que sí había en tomos anteriores. Se intercalan trabajos de tres tipos: clínicos¹⁴³, de laboratorio¹⁴⁴, así como aportación de técnicas quirúrgicas¹⁴⁵.

En este apartado no queremos dejar de hacer constancia de la talla científica de los que fueron tres primeros Directores del Hospital del Rey, realizando breve exposición de lo más destacado de su publicación científica, que lógicamente sobrepasó el ámbito de los trabajos del Hospital del Rey. Se han consultado para ello los fondos de la Biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina, en los años previos a 1.944 (época que corresponde aproximadamente al estudio de nuestra Tesis).

Los trabajos encontrados de D. Manuel Tapia han sido numerosísimos, aunque abundan aquellos relacionados con la tuberculosis, en forma de artículos¹⁴⁶ o libros¹⁴⁷. Llama la atención la publicación de auténticos tratados en forma de libros sobre el tema de la tuberculosis, lo que demuestra que Tapia llegó a ser un experto en la materia. En muchos de estos trabajos se constata una de las pasiones científicas de Tapia: La tuberculosis en la edad pediátrica. Fue él quien creó el Pabellón Infantil dedicado a esta patología, ocupándose casi de forma vocacional a estos enfermitos¹⁴⁸. No obstante, la tuberculosis no fue el único objeto de su estudio¹⁴⁹.

Existen obras¹⁵⁰ que ponen de manifiesto la profunda formación de Laboratorio que Don Manuel poseía, lo cual le valió ser nombrado Director del Hospital del Rey¹⁵¹.

¹⁴³ ZAMORANO SANABRA, Luis, Lesiones fundamentales de la Leishmaniosis Visceral, en: *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estades, Pág. 639-647, 1.946.

¹⁴⁴ CALLAO FABREGAT, Vicente. El diagnóstico del tipo Neumococo en el esputo desecado, en: *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estades, Pág. 117-125, 1.946.

¹⁴⁵ PERERA PRAST, Arturo, Tratamiento quirúrgico de los abscesos pulmonares, en: *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estades, Pág. 125-161, 1.946.

¹⁴⁶ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, BUSTINZA, Pedro, TELLO VALDIVIESO, Francisco, Contribución al estudio de los procesos e Infiltrativos Pulmonares que simula la Tuberculosis, *Revista Española de Tuberculosis*, Madrid, 1.933.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, TAPIA SANZ, José, El factor Atelectásico en la Tuberculosis Pulmonar, *Anales de Medicina Interna*, Tomo III, nº 5, Madrid 1.934.

¹⁴⁷ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Las formas anatomoclínicas, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar*, 2ª Edición Corregida y aumentada. Lisboa: Ed. Livrania Luso-Española, 1.945, 3 volúmenes.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Formas anatomoclínicas de la Tuberculosis Pulmonar: Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Ed. Afrodísio Aguado, 1.941. 2 Volúmenes.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, TAPIA SANZ, José, *Procesos Gripales Pseudotuberculosos*, Madrid: 1.935.

¹⁴⁸ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Los procesos epituberculosos infantiles: concepto, clínica y relaciones con las infiltraciones y la Atelectasia, 2ª edición. Madrid: Ed. Morata 1.945.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, TELLO VALDIVIESO, Francisco, Sobre la Caseificación de las infiltraciones secundarias en la infancia. *Revista Española de Tuberculosis*, Tomo 4, nº 5, Madrid, 1.933.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Sobre algunos aspectos de la Tuberculosis infantil*. Lisboa: Livraria Luso-Española, 1.946. Separata de Livro conferencias de Pediatría.

¹⁴⁹ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, GONZALEZ GIL, Urbano, JORDÁ, Rafael, Contribución al estudio del tratamiento de los procesos respiratorios agudos por el alcohol por vía endovenosa. *Anales de Medicina interna*, Separata, Tomo II, nº 8, Madrid, Agosto 1.933.

¹⁵⁰ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, La acción del Cloruro de Manganese sobre la producción de antitoxina diftérica, *Archivos del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII*, nº 3, Madrid, Octubre 1.924.

Otra de las facetas destacadas de Tapia es la divulgativa en forma de Conferencias¹⁵² o folletos divulgativos¹⁵³ sobre determinadas enfermedades. Implican estos discursos en sesiones y conferencias en la Real Academia de Medicina un prestigio ganado por Don Manuel Tapia, ya desde los primeros años de su carrera profesional. Destaca que la intensa actividad científica no se ve alterada a pesar de su cambio de residencia desde España a Portugal, con motivo de la Guerra Civil¹⁵⁴.

Como ya hemos comentado, los Trabajos del Hospital del Rey suponen un hito científico en el quehacer del Hospital del Rey. Realizados con la colaboración de todos los profesionales del Hospital suponen una referencia en cuanto a Enfermedades Infecciosas se refiere para la época en que fueron publicados. Es lógico pensar que Tapia como director del Hospital impulsaría de forma personal este proyecto, incluyendo numerosos trabajos de cosecha propia¹⁵⁵.

No desaprovechó Tapia la ocasión de comunicar su experiencia con motivo de determinadas epidemias¹⁵⁶.

En definitiva, correspondió a Tapia llevar el peso de las publicaciones del Hospital del Rey. Fue pionero y ejemplo para el resto de sus compañeros médicos del Hospital. Con casi total seguridad los trabajos del Hospital del Rey fue iniciativa suya para dar salida y unificar de algún modo la vigente cantidad de publicaciones del Hospital.

Vallejo de Simón, también tiene abundantes publicaciones. Su interés no está tan centrado en la tuberculosis como Tapia¹⁵⁷, encontrándose publicaciones que abarcan un amplio espectro

¹⁵¹ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Estudios clínicos y experimentales sobre Inmunización activa contra la Difteria, *Archivos del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII*, nº 3, Madrid, Octubre 1.924.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, DE NICOLÁS, Arturo, Sobre la posible diferenciación serológica entre el *Micrococcus Melitensis* de Bruce y *Bacilo Abortus* de Bang. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, nº 268, Madrid 1.926.

¹⁵² TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Discurso con motivo de la Sesión Necrológica del Académico Excmo. Sr. D. Juan Cisneros y Sevillano, celebrada el día 29 de Mayo de 1.925, en: *Anales de la Real Academia de Medicina*, Tomo cuatrigésimoquinto, Madrid: Real Academia de Medicina, 1.925. Pág. 424-428.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Rectificación sobre Tuberculosis Laríngea con motivo de la sesión de 5 de Junio de 1920, en: *Anales de la Real Academia de Medicina*, Tomo cuatrigésimo, Madrid: Real Academia de Medicina, 1920. Pág. 392.

¹⁵³ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *La Fiebre Exantemática mediterránea o Tifus benigno del verano*. Folleto publicado en Madrid, 1.929. Aparecido en: *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, Año IV, nº 10, Madrid, Octubre 1.929.

¹⁵⁴ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, HORTA VALE, Celso, Neumonías atípicas, infiltrados fugaces sucedáneos (Síndrome de Löffler) e infiltrados Hiperérgicos (Síndrome de Leitner), en: *Trabajos de la Estancia Sanatorial de Caramelo*, Porto: Ed. Lopes da Silva, 1.941.

¹⁵⁵ *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. I (1.929-1.930)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.930.

Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931), Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

¹⁵⁶ TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Estudio clínico de la epidemia de poliomielitis en Madrid en 1.929, Madrid. 1.930.

¹⁵⁷ VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, La cantidad total de proteínas del plasma sanguíneo en la Tuberculosis Pulmonar, *Los Progresos de la Clínica*, número 218, Madrid 1.930.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *La fijación del complemento en la Tuberculosis*, Madrid: 1.930.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *El diagnóstico biológico en la Tuberculosis*, Madrid: 1.931. Lección dada el día 14 de Marzo de 1.931 en el curso de Fimatólogía organizado por el Doctor Valdés Lambea.

de enfermedades infecciosas¹⁵⁸, especialmente el tifus exantemático¹⁵⁹. También, destacan sus trabajos sobre Higiene en general¹⁶⁰.

Como no podía ser de otro modo, tampoco es raro encontrar discursos de Vallejo de Simón¹⁶¹, destacando el de recepción como miembro de la Real Academia de Medicina. Consta así que alguno de los profesionales del Hospital fueron miembros de la Real Academia de Medicina, cargo reservado para científicos de renombre demostrado.

El prestigio de Vallejo de Simón se desprende de la concesión de premios de reconocida valía¹⁶². No era extraño que profesionales del Hospital del Rey fueran destacados con este tipo de premios y condecoraciones. Y esto ocurre desde los primeros años de funcionamiento del Hospital, lo cual viene a demostrar otra vez que esta Institución ya contaba con buenos profesiones desde su inicio.

De esta pequeña muestra de artículos previos a la era antibiótica podemos deducir lo dicho: que el interés científico de Vallejo Simón si bien pasa por el estudio de la tuberculosis, también

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, El aborto terapéutico en la Tuberculosis Pulmonar, *Revista Mensual de Ciencias médicas*, año V, nº 5, .Madrid Mayo de 1.934.

¹⁵⁸ VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, FIGUEROA EGEA, Juan, Diagnóstico de las Brucelosis: Trabajos del Hospital del Rey, *Medicina, Revista mensual de ciencia médicas*, Madrid 1.943.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, ORTEGA MERINO, Cristóbal, Tratamiento de la Meningitis Cerebro-Espinal epidémica. Trabajos del Hospital del Rey, *Medicina, Revista mensual de ciencia médicas*, Madrid 1.944.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Algunas aportaciones al problema del paludismo; el Organismo ante la infección, *Revista Ibérica de Parasitología*, Tomo IV, nº 1, Madrid Enero 1.944.

¹⁵⁹ VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, CASTILLÓN MORA, Luis, *Una epidemia de tifus exantemático o Murino observada en Madrid en 1939: estudio clínico y anatomopatológico*, Madrid: 1.940. Comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *Tifus exantemático Murino y Histórico*. Madrid: Imprenta de J. Cosano, 1942. Publicado en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Año XVI, nº 3 Mayo-Junio, 1.942.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Formas clínicas del tifus exantemático, *Medicina, revista mensual de ciencias médicas*, Enero 1.943.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Tratamiento del tifus exantemático: trabajos del Hospital del Rey, *Medicina, Revista mensual de Ciencias Médicas*, Madrid, 1.944.

¹⁶⁰ VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Estado actual de la clínica de las enfermedades infecciosas: Patógena y terapéutica., *Medicina, Revista mensual de Ciencias Médicas*, Madrid Septiembre 1.941.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *Balance demográfico de un año de Guerra*, Valladolid: Imprenta Castellana, 1.939. Ministerio de la Gobernación. Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Política de población. Problema eugenésico, *Revista de las Ciencias*, año IV, nº 4, Madrid 1.936.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *El diagnóstico de las enfermedades infecciosas*, Valladolid: Gráficas Afrodisio Aguado. 1.942. Publicado con posterioridad en: *Clínica, Boletín de la Academia de Internos*, nº 6, Abril 1942.

¹⁶¹ VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Discurso sobre el síndrome Escalénico, 5ª sesión del 22 de Junio de 1.945, *Anales de la Real Academia de Medicina*. Tomo Sexagésimo primero, Madrid, 1.945, Págs. 180-181.

VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *El período de incubación en las enfermedades infecciosas*, Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. 1.945. Discurso de recepción del Académico electo, leído el 15 de Junio de 1.945; Contestación de José Palanca y Martínez Fortín.

¹⁶² VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, La Desinfección final y la Desinfección en curso de las enfermedades infecto contagiosas: Indicaciones, Valor y Crítica de ambos procedimientos, Madrid: Sociedad Española de Higiene, 1.928. Trabajo premiado en el concurso de Premios 1.927 de la Sociedad Española de Higiene por el Ministro de la Gobernación Martínez Anido.

se dirige a otras entidades nosológicas como el tifus exantemático, el paludismo, la Brucelosis y temas de Higiene general y poblacional.

Es posible, pues, suponer un cierto grado de subespecialización entre los profesionales del Hospital del Rey. Sin duda para Tapia, su especialización fue la tuberculosis Infantil. Para el Dr. Torres Gost, como veremos más adelante, lo fue la tuberculosis del adulto, junto con la poliomiелitis en etapas más tardías.

En cuanto a los trabajos publicados por Juan Torres Gost, habría que empezar diciendo que su contribución de artículos quizás sea más extensa que la de los otros médicos pues no dejó en ningún momento de trabajar en el Hospital del Rey, desde su incorporación en 1.924. Recordemos que durante la Guerra Civil dejan de estar presentes en el Hospital el Dr. Tapia y el Dr. Vallejo.

La labor de traducción¹⁶³ de autores extranjeros es importante tanto en el caso de Tapia como en el de Torres Gost. La importancia de esta tarea es la introducción de autores y tratados clásicos sobre tuberculosis en el panorama nacional.

En la era preantibiótica destaca el interés de Torres Gost en la tuberculosis¹⁶⁴, la fiebre tifoidea¹⁶⁵ y el paludismo¹⁶⁶. No son infrecuentes sus estancias en diversas ciudades con motivo de la participación en congresos nacionales¹⁶⁷. Posteriormente, Torres Gost dedicará, con motivo

¹⁶³ ULRICI, H, *Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar y Laríngea*. Barcelona: Labor, 1.935. Traducido por Juan Torres Gost.

NEUMANN, Wilhelm, *Clínica de la Tuberculosis Pulmonar en el Adulto*, Barcelona, Madrid, Buenos Aires: Labor, 1.934. Traducción de la segunda edición alemana por Juan Torres Gost y A Bages Carey. Apéndice sobre el diagnóstico radiográfico de la Tuberculosis Pulmonar por Félix Fleischner

¹⁶⁴ TORRES GOST, Juan, MONTERO, Eugenio, SOBRINI, Enrique, Los estigmatizados por la Tuberculosis. *Medicina: Revista Mensual de Ciencias Médicas*, Año VI, Número 11, Noviembre 1.935.

TORRES GOST, Juan, Organización de la lucha contra la Tuberculosis, *Revista Médica de Canarias*, Tenerife septiembre 1.934.

TORRES GOST, Juan, La Infección Tuberculosa: su evolución., *Revista Española de Tuberculosis*, Tomo II, número 2, Madrid 1.931.

TORRES GOST, Juan, Tratamiento de la Meningitis Tuberculosa, *Revista Ibyss*, número 1, Madrid, Enero-Febrero 1953.

¹⁶⁵ TORRES GOST, Juan, Contribución al estudio de la Fisiología-Patológica de la fiebre tifoidea: La Cantidad de sangre circulante en el curso de las distintas modalidades clínicas de la misma, en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

¹⁶⁶ TORRES GOST, Juan, Fisiopatología clínica, Anatomía Patológica y Terapéutica del paludismo. Madrid: Dirección General de la Sanidad, 1.944.

¹⁶⁷ TORRES GOST, Juan, Problemas Médicos y Quirúrgicos que plantean las septicemias, en: *Ponencia general de las jornadas*, Zaragoza: 26 al 30 de Septiembre en 1.943.

TORRES GOST, Juan, Examen funcional de la periferia en el tifus exantemático, en: *Libro de Actos de las jornadas Médicas Españolas celebradas en Barcelona del 4-7 de Mayo de 1.942*, Madrid: Bolaños y Aguilar, 1.943.

TORRES GOST, Juan, Síndrome Ulcero Fibroso bilateral Post-Puberal de Etiología Tuberculosa, en: *Libro de Actas de las Jornadas Médicas Española celebradas en Zaragoza los días 26 al 30 de Septiembre de 1.943*, Zaragoza: Artes Gráficas Berdejo Casañal, 1.944.

TORRES GOST, Juan, Fisiología y Patología Clínica, en: Ponencia General de las Jornadas: Problemas Médicos y Quirúrgicos que plantean las Septicemias, Zaragoza: 1.943.

de la segunda epidemia de poliomielitis, todos sus esfuerzos y desvelos para conseguir dotar al Hospital del Rey de un Pabellón dedicado de forma especializada a la poliomielitis.

Actividad quirúrgica en los primeros años en el Hospital del Rey.

Para este apartado nos hemos basado en el libro de Actividades quirúrgicas del Pabellón III, encontrado en el Archivo de Historias Clínicas, que abarca los años 1928-1935¹⁶⁸.

La primera conclusión es evidente: las intervenciones quirúrgicas en este Pabellón no eran muy frecuentes. En siete años, sólo se usa un libro de registro. Esta actividad quirúrgica, siendo de gran importancia, no deja de tener un carácter secundario o coadyuvante en un Hospital de Infecciosos como era el Hospital del Rey. Es la consecuencia lógica del objetivo de un Hospital de Infecciosos en el que la actividad fundamental es la de curar o aliviar al enfermo infeccioso. Este objetivo, de forma primordial, corre a cargo de un médico infectólogo, y sólo cuando surge la necesidad de una intervención quirúrgica se recurre de forma secundaria a un cirujano. Además, hay que señalar que en muchas ocasiones, los propios médicos afrontan pequeñas maniobras quirúrgicas, sin necesidad de recurrir al auxilio de los cirujanos. Es el caso de drenajes de abscesos o incluso como veremos más adelante, la resección de bridas pleurales en la tuberculosis, por parte de Torres Gost.

En este Registro al que aludimos, las hojas constaban de un esquema del cuerpo humano sobre el que se podía dibujar la intervención. Existían unos datos de filiación, un espacio para el diagnóstico, y otro, para el extracto de la Historia clínica.

En cuanto al tratamiento Quirúrgico propiamente dicho, existía un espacio para escribir la operación realizada y la técnica empleada, los cuidados preliminares, la anestesia empleada, las incidencias, el curso postoperatorio y el resultado final. Por último, se consignaba la fecha y el nombre del cirujano (figuras 37-38).

¹⁶⁸ Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR.

Fecha de la ^a intervención 16 abril 1930 Operador A. Perera
Ayudantes J. Lopez

TRATAMIENTO OPERATORIO

Operación propuesta Laparotomía. ¿exploradora?

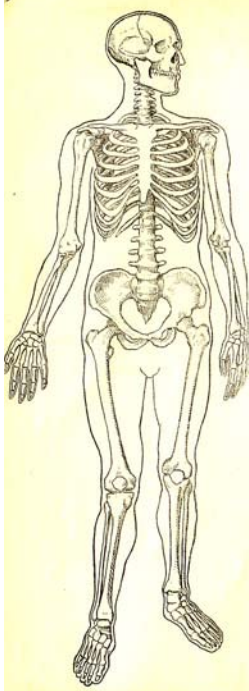
CURSO DE LA MISMA:

Cuidados preliminares Antisepsia
Anestesia Raquiocasteria - (sol. q. bella) - Yujia d. marino
Operación realizada Laparotomía media subumbilical - sol. 1% - nov. ad.
encontrándose adherido a pared y plexo respectivamente subcutáneo

Incidencias ninguna

Curso postoperatorio Bueno. - Puntos a los 8 días

Resultado final _____



Cama n.º _____ Piso _____

Nombre Marcela Gil
Edad 41 años
Naturaleza Madrid
Diagnóstico Pantónitis fulcrulosa - adheriva

Extracto de historia clínica _____

Esquema de la intervención

Fig. 35-36. Libro-registro de actividades quirúrgicas del Hospital del Rey correspondiente a los años 1928-1935.

En el año consultado es el Cirujano Perera el encargado de realizar la mayoría de las Intervenciones quirúrgicas. Consta como anestesista Arana, con la asistencia y ayuda de Hermanas Enfermeras¹⁶⁹.

La Frenicectomía era una intervención muy frecuente y era empleada fundamentalmente en la tuberculosis pulmonar (no olvidemos que se trata del libro de registro del Pabellón III, dedicado a la tuberculosis precisamente desde su inauguración en 1.928). Como complicación, algunos enfermos presentaban anestesia del brazo de forma transitoria.

Otro tipo de intervención empleada era la Toracoplastia¹⁷⁰, utilizada en casos de abscesos pulmonares gangrenosos. En casos de trayectos fistulosos pleurocutáneos, se empleaban plastias de músculo y piel.

En intervenciones en las que se requería sedación total como la Apendicectomía, se empleaba el Cloroformo a dosis de 50 gramos. En los cuidados preoperatorios, además de la antisepsia, se emplea los Tónicos Cardiacos.

Existen intervenciones cuidadosamente detalladas, como una Laparotomía exploradora, realizada en Abril de 1.930, siendo el resultado de la misma una peritonitis tuberculosa adhesiva. En ella, el Epiplon se encuentra literalmente pegado a la pared abdominal, lográndose respetar las adherencias¹⁷¹.

Una de las intervenciones más laboriosas era el abordaje quirúrgico del Quiste Hidatídico:

“Tras Incisión Cutánea y muscular se realiza resección de quinta costilla. Después, se realizan múltiples punciones blancas, para posteriormente practicar Pleurotomía.

¹⁶⁹En una ficha estándar podemos leer:

Nombre: Mercedes, Cama 8, piso 2º

Edad 29 años Naturaleza: Madrid

Diagnóstico y Extracto de Historia Clínica: sin rellenar

Fecha de la intervención: 16 Mayo 1.928

Operador: Dr. Perera/Ayudante Dr. López

Operación propuesta: Frenicectomía

Cuidados preliminares: antisepsia regional

Anestesia: 25 centímetros cúbicos, solución novocaína-adrenalina

Operación realizada: Resección Frénico (11 centímetros)

Incidencias: Hemorragia yugular externa

Curso postoperatorio: Perfecto en 8 días.

Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1925-1935. CHCHR. Ficha 1.

¹⁷⁰ Se empleaba anestesia local 60 centímetros cúbicos, en solución al 50% de Novocaína y Adrenalina, infiltrada localmente en localización perineural y en línea de incisión.

En este caso, La intervención consistió en Resección de las costillas duodécima a la séptima, con longitud de Resección de 12 centímetros, aproximadamente, para conseguir una plastia amplia y sensiblemente igual.

Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 26.

¹⁷¹ Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 66.

Exploración digital, con sensación de tejido cremoso no muy duro, con sutura parcial dejando colocados de referencia puntos agrafes en garra”¹⁷².

Sin embargo, la mayor parte de las intervenciones eran mucho más sencillas. Por ejemplo, la punción de un Absceso Epididimario o de un raspado óseo.

En otras ocasiones se pueden leer métodos que bien podrían recordar a los lectores no muy familiarizados, términos más bien de fontanería y no tanto de medicina: es el caso de la realización de un desagüe pleural¹⁷³.

Existen intervenciones quirúrgicas curiosas, como la extirpación de un cuerpo extraño del dedo medio derecho (en este caso un trozo de aguja)¹⁷⁴ o, por ejemplo, una apicolisis¹⁷⁵, que consiste en el relleno del ápice de un pulmón, destrozado por la tuberculosis.

Desgraciadamente, a veces el resultado quirúrgico no era el esperado y en el postoperatorio inmediato se produce el fallecimiento de un paciente que fue sometido a una Toracoplastia. En este caso se anota un comentario en la ficha quirúrgica, que puede de algún modo dar a entender que la situación del enfermo era crítica: “Este enfermo pasó de la calle al quirófano, habiendo llegado en precario estado de nutrición”¹⁷⁶.

En otro caso, el fallecimiento tiene lugar a los catorce días de la intervención quirúrgica por insuficiencia circulatoria aguda¹⁷⁷.

En cuanto a las complicaciones no mortales, en ocasiones se producían profusas hemorragias intraoperatorias¹⁷⁸, de gran importancia, teniendo en cuenta la falta de medios como los actuales bancos de sangre. Tampoco eran infrecuentes los problemas derivados de las suturas empleadas¹⁷⁹.

En resumen, podemos concluir que en el pabellón III, dedicado a tuberculosis, desde Mayo de 1.928 hasta Enero de 1.935 se realizan aproximadamente unas 200 intervenciones quirúrgicas. Se trata sobre todo de frenicectomías y toracoplastias. Muchos de los casos sencillos, como la

¹⁷² Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 68.

¹⁷³ Se realiza Termocauterización de Trayectos Fistulosos y Fístulas Pleurales, con resección costal, Pleurotomía y Desagüe con Tubo de Goma Ajustado y fijado a la pared.

Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 85.

¹⁷⁴ Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 146.

¹⁷⁵ Se realiza una resección parcial de la 4ª costilla con desplazamiento del Lóbulo Superior Izquierdo y relleno con Pasta de Vioformo y Parafina.

Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 147.

¹⁷⁶ Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 169.

¹⁷⁷ Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 187.

¹⁷⁸ Se presenta intensa hemorragia en sábana, que se corrige con inyección de Evoguleno.

¹⁷⁹ Se soltaron algunos puntos de la sutura de seda cutánea y casi toda la sutura superficial de Catgut, que se desprendió sin reabsorberse. Se produce cicatrización en parte por segunda intención.

Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR. Ficha 180.

frenicectomía, se realizaban con anestesia local, teniendo la mayoría de estas intervenciones éxito quirúrgico y una buena evolución postoperatoria¹⁸⁰.

La cirugía constituye un aspecto importante en el tratamiento de una enfermedad tan destacada como la tuberculosis a principios de siglo XX. Se podría decir que esta parte quirúrgica del tratamiento de la tuberculosis se complementa con el tratamiento médico (La parte correspondiente al tratamiento médico se comenta con extensión en esta Tesis en el capítulo dedicado a la tuberculosis).

Así, podríamos establecer un espectro de medidas terapéuticas con las que cuenta el médico tisiólogo de la época, que abarca desde las simples medidas físicas como los baños de sol, pasando por el empleo de medidas farmacológicas, como el empleo de Mórnicos como Antitusígenos, hasta el empleo de medidas quirúrgicas, como la frenicectomía. La labor médica del profesional de principios de siglo era fundamentalmente captar la situación específica de un determinado paciente, para poderle situar en un escalón terapéutico concreto del cual pudiera beneficiarse.

Suponemos que tanto el pabellón I como el II, dispondrían de un libro semejante con intervenciones correspondientes al tipo de patología infecciosa ingresado en cada pabellón. Por ejemplo, en el pabellón correspondiente a la fiebre tifoidea predominarían las intervenciones quirúrgicas derivadas de las complicaciones de perforación intestinal.

En los Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, podemos consultar una pequeña relación de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el Hospital globalmente y no sólo en el Pabellón III, durante 1.930-1.931. Quedan detalladas por Servicio. La mortalidad operatoria fue de 1,17 %¹⁸¹.

¹⁸⁰ Se puede deducir de los partes quirúrgicos, que la intervención quirúrgica del Quiste Hidatídico era una de las más complejas, requiriendo un mayor tiempo de anestesia con Cloroformo.

¹⁸¹ Consta que en el año 1.930-1.931 se realizaron abundantes intervenciones quirúrgicas. Detalladas por Servicio:
Servicio de Cirugía:

Aparato respiratorio:

Frenicectomías 41; Toracoplastias 3; Alexander 12; Pleurotomías 12; Quistes hidatídicos Pulmonares 2;

Abdomen:

Laparotomías 3; Fisuras Rectales 1;

Huesos y Articulaciones:

Trepanación 2; Artrotomías 2;

1.1.1.1.1.1.1 Varios: 16

T o t a l: 94

Departamento de Odontología:

Asistencias 540; Alveolitis 36; Abscesos Apicales 23; Epulis 2; Devitalizaciones 85; Obturaciones 210; Erupción Patológica del cordal 15; Inyecciones Neurolíticas 8; Osteítis de Maxilar 2; Secuestrotomía 8; Extracciones por caries penetrantes 384; Leucoplasia de Lengua 2; Ulceración Traumática de Lengua 4; Cálculo Salival 1; Absceso Palatino 3; Ulceraciones Tuberculosas de Mucosa Bucal 3;

Departamento de Otorrinolaringología

Con posterioridad a la Guerra Civil, en 1.940, sabemos por testimonio de la enfermera Sor Dominica Vicente, que las intervenciones Quirúrgicas del Pabellón III eran efectuadas en el segundo piso donde existía un Quirófano, adyacente a las consultas de Otorrinolaringología y Odontología. En comparación a la época comentada de 1.928-1.935, existe un creciente número de cirujanos, lo que permite una mayor subespecialización quirúrgica¹⁸².

Ulceraciones de cuerdas vocales 2; Infiltraciones de cuerdas vocales 5; Formas vegetantes de cuerdas vocales 1; Infiltración de bandas ventriculares 10, Infiltración de pared posterior de laringe 24; Infiltración de aritenoides 17; Infiltración de Epiglotis 5; Formas estenosantes (Traqueotomía) 1; Ulceración tuberculosa de tabique nasal 1; Insuficiencia respiratoria nasal por hipertrofia de cornetes inferiores 52; Crestas de Tabique nasal 17; Hipertrofia de folículos linfáticos de pared posterior de faringe 22; Amigdalitis crípticas 10; Hipertrofia de amígdala lingual 27; Varices de la Base de la lengua 18.

Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931), Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

¹⁸² El Dr. Perea realizaba Toracoplastias, Apendicectomías y Laparotomías.

El Dr. Nistal Toracoplastias

El Dr. Valera se ocupaba de las Perforaciones de vísceras huecas.

El Dr. Bejarano practicaba Trepanaciones.

El Dr. Domingo, Traqueotomías y Amigdalectomías

Testimonio de Sor Dominica Vicente Devesa de la congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. Madrid, 1.997.

Cedido por la propia autora.

2.2 EL PERSONAL DEL HOSPITAL DEL REY.

El contexto en el que las historias clínicas elaboradas en el Hospital del Rey fueron realizadas está también marcado por las personas que se encargaron de elaborarlas. Resulta por ello interesante efectuar una aproximación a la biografía de algunos de los más destacados médicos que trabajaron en la institución. A través de ello se puede obtener un retrato de sus características profesionales, pero también nos debe permitir acercarnos a las circunstancias históricas en las que se desarrollaron. Conviene tener presente que el periodo del Hospital del Rey que estamos considerando se vio profundamente marcado por la Guerra Civil. Pues bien, al trazar la biografía de algunos de los principales médicos que desarrollaron su tarea en el Centro es posible apreciar el complejo y muchas veces trágico momento que representó ese conflicto bélico para ellos y, como un reflejo de sus propias vidas, para el Hospital. En efecto, para este capítulo nos hemos basado fundamentalmente en la documentación conservada en el Archivo de Personal del propio Hospital del Rey, aunque también ha sido consultado el Archivo de Personal del Ministerio de Sanidad¹⁸³. Esto nos ha permitido acceder al complejo y tenso escenario que se abrió tras la contienda, y del que los procesos que tuvieron que afrontar muchos de ellos constituyen una buena muestra. Se utilizarán así datos procedentes de los Juicios de Depuración de la posguerra, pero vaya por delante que, si se usan, es desde un punto de vista neutral, y no tanto por el interés político que puedan tener, sino por los datos biográficos que aportan sobre cada figura estudiada.

2.2.1 D. Gregorio Marañón, Director del Hospital del Rey.

Después de una complicada y prolongadísima etapa de gestación, el Hospital por fin, veía la luz, e iba a ser realidad. Surgió entonces, entre los políticos encargados de la Sanidad la gran preocupación por elegir unos profesionales que estuviesen a la altura de las circunstancias. Una Institución que iba a ser el buque insignia de las enfermedades infecciosas en España no podía dejarse en alguien que no diese garantías suficientes.

¹⁸³ APHR: Archivo de Personal del Hospital del Rey.
APMS: Archivo de Personal del Ministerio de Sanidad.

En 1.922, cuando la construcción de los primeros pabellones estaba en marcha¹⁸⁴, se empieza a pensar que quizás sea una buena medida adelantar el nombramiento del Director del Hospital, de esta manera podría asesorar en la finalización de las obras antes de la inauguración del centro.

Manuel Martín Salazar procuró que el Hospital del Rey fuese un modelo en su género e intentó asesorarse por una figura cumbre de la Medicina. Empezó por nombrar médico Director a D. Gregorio Marañón (figura 1) desde que se levantaron los cimientos, quien fue dando su aprobación a los planos, emitiendo su consejo sobre la orientación de las construcciones y contribuyendo con su saber a que la nueva instalación se ajustase en el orden arquitectónico a los cánones de la ciencia moderna¹⁸⁵.



Fig. 1. Gregorio Marañón, primer director del Hospital del Rey.

No es cometido de este capítulo glosar la vida de Marañón, y no profundizaremos en este aspecto como en otros capítulos en los que se tratan aspectos biográficos del resto de los directores médicos del Hospital. El motivo fundamental es la existencia de numerosísimos estudios biográficos de altísimo nivel sobre la figura de Marañón.

Sólo queremos hacer constar que el nombramiento del primer director del Hospital del Rey recae en Marañón probablemente a la vista de su meritoria labor desarrollada en el Servicio de

¹⁸⁴ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable n° 46). Madrid: Pág. 605.

Infecciosos del Hospital General¹⁸⁶. Marañón era una figura destacadísima en el mundo de la Infectología del Madrid de la época y por méritos propios recibe con justicia este cargo. De esta manera el 1 de Noviembre de 1.922 es nombrado “Director Técnico y Facultativo” con carácter honorario y gratuito. Justo meses antes, había leído su discurso ingresó en la Real Academia de Medicina¹⁸⁷. Sin embargo, no sabemos si se cumple aquello de que lo gratuito carece de valor, el caso es que Marañón, que había empezado a desempeñar el cargo con grandísima ilusión, renuncia a desempeñar el cargo pocos meses después, el 22 de Mayo de 1.924¹⁸⁸. En ese momento, las obras habían concluido y aun no se había producido la inauguración oficial¹⁸⁹.

¿Los motivos de la renuncia? Existen muchos comentarios al respecto, pero probablemente las circunstancias políticas¹⁹⁰, le obligan a tomar la decisión. También, es posible que hubiera sanitarios de prestigio, a quienes el nombramiento de Marañón no sentase bien, y fueran más partidarios de una Oposición abierta a todos, donde no sólo contase el prestigio, sino también los méritos y conocimientos de cada candidato.

Como quiera que la renuncia suscita amplios comentarios en la opinión pública, Marañón escribe a modo de explicación en las páginas del Sol: “la Dirección del Hospital me fue arrebatada, por campañas tendenciosas de malquistos y envidiosos y criterios favorables a una selección y adjudicación en turno riguroso de oposición”¹⁹¹.

El Rey admitió esta renuncia y dispuso que este cargo fuera provisto en turno de oposición¹⁹². Admitida su dimisión, se nombró un Director interino perteneciente a la Dirección

¹⁸⁵ ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

¹⁸⁶ RICO-AVELLO, C, *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 335-336, 1.969.

¹⁸⁷ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁸⁸ RICO-AVELLO, C, El primer Director del Hospital del Rey, *Profesión Médica*, Junio, Pág. 4-5, 1.975.

¹⁸⁹ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁹⁰ Las detenciones, confinamientos y multas que sufre Marañón durante el Directorio de Primo de Rivera quizá expliquen que en Mayo de 1.924 renuncie al cargo, lo que significa que estuvo al frente del cargo, dieciocho meses en total. PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

-Los avatares políticos del país en los años que se suceden plantean a Marañón graves y delicadísimas situaciones al enfrentarse con la Dictadura que culminan en sanciones, detenciones y confinamientos.

RICO-AVELLO, C, El primer Director del Hospital del Rey, *Profesión Médica*, Junio, Pág. 4-5, 1.975.

- No obstante, tuvo que dimitir por discrepancias con el entonces Ministro de Gobernación, General Martínez Anido.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 20, 1.975.

¹⁹¹ RICO-AVELLO, C, El primer Director del Hospital del Rey, *Profesión Médica*, Junio, Pág. 4-5, 1.975.

¹⁹² S.M. el Rey ha tenido a bien admitir la renuncia que del cargo de Director Técnico y Facultativo del Hospital del Rey, para el que fue nombrado en 1 de Noviembre de 1.922 con carácter honorario y gratuito, ha presentado el Doctor Don Gregorio Marañón, disponiendo al propio tiempo que el citado cargo, así como los demás de carácter facultativo sean provistos mediante oposición. Real Orden de 22 de Mayo de 1.924, firmada por Martínez Anido.

Real Orden de 22 de Mayo de 1.924, *Gaceta de Madrid*, nº 146, Pág. 947, 25 de Mayo de 1.925, firmada por Martínez Anido.

General de Sanidad, el Doctor Antonio Ortiz de Landázuri¹⁹³. El Hospital comenzó su andadura con el Director Interino, Ortiz de Landázuri y los médicos de guardia interinos García López y López Romero, que permanecieron al frente del Hospital durante seis meses¹⁹⁴. Nada o muy poco sabemos de esta época del Hospital, aunque suponemos que las primeras historias recogidas en el Archivo corresponden a esta época.

2.2.2 Las oposiciones al Hospital del Rey.

En el mes de octubre de 1.924 se convocaron las oposiciones para cubrir todas las plazas del nuevo Hospital del Rey incluida la de Director, otra de Jefe Clínico y dos de médicos de Guardia, con derecho a ingreso en el Cuerpo de Sanidad Nacional en la rama de Instituciones Sanitarias¹⁹⁵. Cabe preguntarse qué hubiera pasado si Marañón hubiera seguido al frente del Hospital ¿Se hubiera adoptado el sistema de oposiciones? ¿Habría elegido personalmente los médicos que iban a colaborar con él? Todo esto cae dentro del terreno de las suposiciones y no podemos responder con seguridad. El caso es que, como veremos más adelante, se desarrollaron unas oposiciones justas y con un resultado que nadie se atrevió a discutir.

A ello contribuyó que el Tribunal de estas oposiciones fuera elegido con gran escrupulosidad, reuniendo a autoridades sanitarias de merecido prestigio en aquellos años¹⁹⁶. Sin embargo, grande debía ser la responsabilidad y el compromiso de este Tribunal pues en la primera ronda de la Oposición no pudo adjudicarse la plaza de Director. Ninguno de los opositores presentados, uno de los cuales era catedrático y el otro del Cuerpo de Sanidad, lograron alcanzar el mínimo de puntos¹⁹⁷. Las oposiciones del Hospital del Rey pueden

¹⁹³ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 20, 1.975.

¹⁹⁴ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 21, 1.975.

¹⁹⁵ S.M. el Rey ha tenido a bien admitir la renuncia que del cargo de Director Técnico y Facultativo del Hospital del Rey, para el que fue nombrado en 1 de Noviembre de 1.922 con carácter honorario y gratuito, ha presentado el Doctor Don Gregorio Marañón, disponiendo al propio tiempo que el citado cargo, así como los demás de carácter facultativo sean provistos mediante oposición. Real Orden de 22 de Mayo de 1.924, firmada por Martínez Anido.

Real Orden de 22 de Mayo de 1.924, *Gaceta de Madrid*, nº 146, Pág. 947, 25 de Mayo de 1.925, firmada por Martínez Anido.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 23, 1.975.

¹⁹⁶ Presidió el Tribunal el profesor Don Antonio Simonena, acompañado por Don Manuel Arredondo, jefe de Medicina Interna del Hospital de la Princesa; Don Sadí de Buen, Parasitólogo y Jefe de la lucha contra el paludismo; Don Antonio Ortiz de Landázuri, jefe de la Sección de Epidemiología de la Dirección General de Sanidad; y Gil Casares de Sanidad Militar.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 23, 1.975.

¹⁹⁷ Sus contrincantes fueron Fernando Enríquez de Salamanca, que aún no era catedrático, pero que ya contaba con una gran fama en San Carlos, y Palanca, que manejaba los resortes de la Sanidad, aunque este último no sabemos si llegó realmente a presentarse, pues al enterarse de que se iba a presentar uno de los discípulos preferidos de Marañón (Tapia), le comunicó, tomándose un café, que desistía de su intento.

GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*; 1975, Madrid.

considerarse, de este modo, como históricas¹⁹⁸. En cambio se descubrieron dos formidables y excepcionales valores científicos: Vallejo de Simón y Torres Gost¹⁹⁹, que obtuvieron las plazas de médico de Guardia. Otro opositor también triunfante fue Zarco, quien estuvo a la altura de Vallejo Simón y Torres Gost, obteniendo la plaza de Jefe Clínico.

El Hospital empieza a funcionar sin Director. Pasaron seis meses, y se anunció entonces una nueva convocatoria para cubrir la plaza de Director. Para esta plaza, que empezaba a ser tan difícil de cubrir, se presentaron otra vez los mismos candidatos: el Doctor Manuel Tapia Martínez y el Doctor Enríquez de Salamanca. Durante este tiempo, suponemos que el Tribunal de las oposiciones indagó bien sobre el perfil de ambos candidatos. Quizás, el aspecto que decantó la decisión fue la sólida formación de Laboratorio que tenía Tapia. Como sabemos, uno de los ejes sobre los que se quería apoyar el Hospital del Rey era el aspecto de Laboratorio. Así se expresa Rico-Avello:

“Los dos candidatos hicieron unos ejercicios magistrales, en algunos de los cuales no podría decir en justicia quien merecía mejor puntuación, pues los dos demostraron sólida personalidad médica. Triunfó el Doctor Tapia, por ser médico especializado en cuestiones de laboratorio. El Doctor Manuel Tapia se había formado en el Laboratorio antes que en la clínica y venció al Doctor Salamanca, que era hombre más de cátedra, de Hospital y de Academia”²⁰⁰.

Y, ¿cómo reaccionó la opinión pública ante el nombramiento que tanto se había hecho esperar? Esta elección debió ser muy acertada a juzgar por el tono optimista que se emplea en el artículo de opinión que publicó el periódico ABC, el 20 de Mayo de 1.925:

¹⁹⁸ RICO-AVELLO, C, *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 336-337, 1.969.

¹⁹⁹ Vallejo de Simón demostró una sólida formación como hombre de laboratorio especializado en Inmunología y Serología, con cultura enciclopédica y dominando la Patología General.

Torres Gost se manifestó como orador de calidad, expositor de palabra amena y profunda sabiduría; no obstante su juventud, supo tener un formidable sentido didáctico al presentar las cuestiones doctrinales. Pero lo que más asombró de Torres Gost fue su personalidad clínica, lo certero de su juicio y razonamiento para sentar un diagnóstico y el adiestramiento técnico para la exploración.

ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

²⁰⁰ ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

“Unánimemente se reconoce el acierto con que ha fallado el Tribunal, y aun puede añadirse que ese fallo ha sido confirmación del que se había pronunciado en los círculos médicos no solo por el lucimiento sobresaliente en los ejercicios, sino por los méritos anteriores del opositor. El Doctor don Manuel Tapia llega, pues, a la Dirección del Hospital con una doble nota de aprecio, el merecimiento propio, debido a su talento y a su labor, y a la circunstancia de personificar autorizadamente las orientaciones del Doctor Marañón, lo que le permitirá proseguir con feliz éxito la obra del iniciador en aquel puesto tan importante para el bien de la salud pública”²⁰¹.

Una vez acabado el proceso de selección del Hospital²⁰², empezó a rodar bajo la dirección de estas personas consideradas como las más adecuadas para esta tarea. No faltan los elogios a este grupo de médicos en abundantes estudios históricos sobre el Hospital²⁰³. El caso es que estos cuatro médicos eran en 1.924 una esperanza sólida para la Sanidad española, aunque no hubiesen demostrado de momento nada más que el mérito de adjudicarse unas reñidas oposiciones. Afortunadamente, no defraudaron en absoluto las expectativas depositadas en ellos, y con el paso de los años esta Institución pasó a convertirse en Hospital de referencia nacional en el campo de las enfermedades infecciosas.

2.2.3 Crecimiento del número de profesionales del Hospital del Rey.

Lógicamente, el Hospital necesitó con prontitud la incorporación de nuevos profesionales para trabajar en los distintos pabellones. No es difícil entender que la cifra de cuatro médicos era claramente insuficiente, por lo que se logró que el presupuesto del Hospital contemplase la creación de nuevas plazas de médicos, sino que el prestigio del propio centro en el campo de las enfermedades infecciosas atraía a médicos que con carácter voluntario prestaban su ayuda, a cambio de recibir una docencia adecuada²⁰⁴.

Consta que en los años 1.929-30, se cubrieron nuevas plazas del Hospital del Rey. Destaca

²⁰¹ Conferencia del Dr. Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey, recogida en: *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

²⁰² A propuesta del Tribunal que ha juzgado las oposiciones convocada por Real orden de 3 de Marzo de 1.925 para proveer la plaza de Director del Hospital del Rey, Su Majestad el Rey ha tenido a bien nombrar para el indicado cargo a D. Manuel Tapia Martínez con el Haber anual de 8.000 pesetas.

R.O. de 18 de Mayo de 1.925, firmado por Martínez Anido, Subsecretario encargado del Despacho.

²⁰³ Sobre la base de este personal facultativo del Hospital, tuvo una organización perfecta. Además se continuó seleccionando cuidadosamente sus colaboradores y logró en poco tiempo adquirir un crédito que le puso a la altura de los mejores hospitales de Europa.

ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

²⁰⁴ En aquellos años de la década de los 20 era sumamente frecuente que los médicos con tal de tener un puesto fijo de trabajo y de aprendizaje se adscribieran voluntarios a un hospital, donde pudieran adquirir una experiencia personal de la especialidad elegida.

un hecho que contrasta con lo dicho anteriormente sobre la elección de Tapia y su carácter de hombre de Laboratorio. Precisamente, la plaza de Laboratorio fue una de las más difíciles de cubrir. Fue tal la dificultad que en un principio la institución se tuvo que conformar con un Mozo de Laboratorio²⁰⁵. Es realmente sorprendente que un Hospital considerado pionero en cuestiones de Serología y Vacunación, funcionara los primeros años sin un médico encargado de estas cuestiones. Esto muestra las carencias a las que se vio expuesto en muchas ocasiones el Hospital. Proyectos abundantes, sin un presupuesto que los respaldase adecuadamente.

Además de los motivos económicos²⁰⁶, podemos imaginar que en los años veinte había en Madrid escasez de bacteriólogos. Se cubrieron así cinco años hasta que fue nombrado Médico Encargado de Laboratorio, el Doctor Jiménez, por Real Orden de 20 de Diciembre de 1.930. En 1.931, se produjo la incorporación al Hospital de Baquero Gil, que sería uno de los pilares del mismo con el transcurso de los años. Se incorporó en un principio como Ayudante del Dr. Jiménez, y más adelante como Jefe de Laboratorio. Como veremos en el capítulo correspondiente, Baquero se convertirá con los años en una de las personalidades más sólidas e influyentes del Hospital. No llegó a ser director, pero su discreción y su lealtad se convirtieron en un puntal de la Institución en los momentos más difíciles por los que pasó, como la Guerra Civil.

Del Servicio de Anatomía Patológica se encargó Luis Ramón y Cajal²⁰⁷. También, se crearon nuevas plazas de Médicos de Guardia²⁰⁸.

No era infrecuente que la entrada de nuevos médicos como personal adscrito al Hospital, produjese un reajuste de las tareas de los médicos que ya trabajaban con anterioridad en el Hospital. Es el motivo por el que, en 1.930, Torres Gost deja el Pabellón I y se incorpora a trabajar bajo las órdenes de Zarco en el Pabellón III²⁰⁹.

En 1.932, poco después de instaurarse la República, se convocaron oposiciones para sustituir todos los cargos directivos de la Lucha contra la tuberculosis. Y esto constituye un momento especial para el Hospital. Primero, porque supone un lanzamiento de los profesionales del Hospital, que pasan a ocupar algunos de estos cargos directivos, reconociéndose de esta

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 43, 1.975.

²⁰⁵ Decidió el director Tapia nombrar un mozo técnico del Instituto Alfonso XIII.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 44, 1.975.

²⁰⁶ Existía el serio inconveniente del carácter gratuito de los trabajos de fuera del Hospital.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 44, 1.975.

²⁰⁷ Hijo menor de Don Santiago Ramón y Cajal.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 43, 1.975.

²⁰⁸ Merino Hompanera y Antonio del Valle fueron los elegidos para ocupar las nuevas plazas de Médico de Guardia.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 44, 1.975.

²⁰⁹ En ese año, 1.930, se habían incorporado al Hospital los Doctores Navarro Gutiérrez, Díez Fernández y el cardiólogo Martín de Nicolás.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 61, 1.975.

forma su prestigio. Pero por otra parte, algunos de estos profesionales quedan obligados a compaginar la labor del Hospital con la de dirección de estos Dispensarios, lo que lógicamente supone un menoscabo de tiempo dedicado en los pabellones del Hospital. En otros casos, la incorporación a estos Sanatorios supuso el tener que dejar la plaza del Hospital del Rey, por motivo de incompatibilidad²¹⁰.

En resumen, podemos decir que en los años desde la inauguración del Hospital hasta la fecha de comienzo de la Guerra Civil, se produce un lento, pero progresivo crecimiento del Hospital. De todas formas, no sólo se trata de incorporaciones, pues como hemos visto, en algún caso los profesionales del Hospital se trasladan a trabajar a otras Instituciones Sanitarias. Se logra constituir un equipo sólido de médicos donde la característica fundamental era la juventud y las ganas de trabajar²¹¹.

Sin embargo, pronto llega uno de los momentos más críticos de la vida de esta Institución. Así, durante la Guerra Civil se produjo un importante desbarajuste en todos los aspectos del Hospital, pero de una manera primordial en lo que se refiere al Personal del Hospital del Rey. Muchos médicos desaparecen durante la contienda civil. Unos por motivos políticos, otros por motivos familiares, etc. Brevemente, pues será motivo de discusión posterior, nos detendremos a exponer lo que sucedió con la dirección del Hospital del Rey durante la Guerra Civil.

Tapia, al ver el cambio que tomaban los acontecimientos tras el alzamiento nacional, decidió exiliarse a Portugal. No juzgamos los motivos que le llevaron a abandonar el Hospital, pero cabe imaginarse que como Director de una Institución tan importante como lo era el Hospital del Rey, se vio sometido a fuertes presiones políticas. Sólo de esa manera podemos entender que un profesional de su valía abandonase el Pabellón de tuberculosis Infantil que con tantos desvelos había creado. Esta decisión supone el fin del papel de Tapia en la Historia del Hospital, pues ya no volverá a la Institución, a pesar de seguir siendo Director.

²¹⁰ Se convocaron las plazas de Director del Sanatorio de Valdelatas y de Húmera; así como de los Dispensarios antituberculosos de Buenavista, Universidad y La latina. Zarco pasó a ser Director del Sanatorio de Valdelatas. Carlos Díez ocupó la plaza de Director del Dispensario de Universidad. Por último, Torres Gost pasó a ser Director del Sanatorio de Húmera.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 66, 1.975.

²¹¹ El equipo médico del Hospital del Rey durante los años 1.927-1.936 fue el siguiente:

Doctor Manuel Tapia Martínez, director; Doctor Pedro Zarco Bohórquez; Doctor Jesús Jiménez, Jefe de Laboratorio; Doctor Gregorio Baquero Gil, Laboratorio; Doctor Luis Ramón y Cajal y Fañanas, Anatomopatólogo; Doctor José Merino Hompanera, Médico de Guardia; Doctor Julio Oresanz, Radiólogo; Doctor Valentín Matilla Gómez, Laboratorio; Doctor Arsenio Arana, Otorrinolaringólogo; Doctor Rafael Navarro Gutiérrez. Médico de Guardia; Doctor Carlos Díez Fernández, Médico de Guardia; Doctor Sebastián García Martínez, Laboratorio; Doctor Arturo Perera Prats, Cirujano.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 73-74, 1.975.

Posteriormente, se nombró lo que podríamos denominar un Director de transición, que se hizo cargo del Hospital durante los momentos más turbulentos de la Guerra Civil²¹².

En octubre de 1.936, Torres Gost²¹³ es el hombre elegido por el Gobierno de la República para hacerse cargo de la Dirección del Hospital. Sobre sus hombros cae la dura tarea de hacer frente a los comités revolucionarios, reorganizar el caos asistencial que existía en el Hospital tras la diáspora de médicos, y tratar de proteger lo más preciado del Hospital, sus enfermos, pues en no pocas ocasiones fueron objeto de persecución política²¹⁴.

Evidentemente, el nuevo director del Hospital no estuvo solo al frente de esta complicada labor, pues contó con un equipo de profesionales que supieron enfrentarse a la Guerra con la única arma de que disponían: la medicina. Supieron centrar su labor en los enfermos, aislándose de las circunstancias tan trágicas que rodearon el Hospital durante esos años²¹⁵.

Después de la Guerra Civil, se hizo cargo de la Dirección del Hospital Vallejo Simón, ocupando dicho cargo hasta su fallecimiento en 1.955. Un hito destacadísimo que se da durante los años de dirección de Vallejo, es la aparición de los primeros antibióticos²¹⁶, produciendo una auténtica revolución en un Hospital de Infecciosos como el nuestro. Precisamente, es objeto de estudio de esta Tesis el periodo comprendido desde su inauguración hasta la aparición de los primeros antibióticos.

Finalmente, en 1.955, se convocó el concurso para proveer la plaza de Director del Hospital del Rey que se adjudicó a Torres Gost.

²¹² Se nombró a un médico joven, comunista, de forma provisional hasta que el Gobierno se trasladó a Valencia. TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 84, 1.975.

²¹³ Francisco Trigo Domínguez, una personalidad destacada de la C. N. T., propuso al Doctor Torres Gost hacerse cargo de la Dirección médica del Hospital del Rey.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 84, 1.975.

²¹⁴ Tras lograr someter o al menos contener al Comité revolucionario, el Doctor Torres Gost estuvo apoyado por la plantilla de médicos que colaboraron en que el Hospital del Rey fuese durante la Guerra Civil un oasis de paz en medio del caótico Madrid de la contienda. Esto ocurrió hacia octubre de 1.937.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 86, 1.975.

²¹⁵ De entre estos médicos destacan:

El Doctor Baquero Gil, Jefe de Laboratorio

El Doctor Eduardo Ortiz de Landázuri, Clínico ya inminente, que tuvo a su cargo un servicio clínico durante toda la Guerra. Durante una larga temporada tuvo que hacerse cargo del paludismo por la enorme cantidad de enfermos que había y en el que era preciso actuar con rapidez para hacer diagnósticos diferenciales.

El Doctor José Tapia Sanz, encargado del Pabellón de Tuberculosis infantil.

El Doctor Enrique Sobrini Hipolit, destinado en el Pabellón I durante toda la Guerra. Su cometido era difícil por tener tareas de selección y diagnóstico rápido de los enfermos ingresado a su cargo, para poder ser enviados a otros servicios.

El Doctor Guillermo Valera Alzina estuvo a cargo o bajo la tutela del Doctor Ortiz de Landázuri, Sobrini y Tapia.

El Doctor Ramón Martines fue el Anatomatólogo

El Doctor Bauzá fue destinado al Pabellón III.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 96-99, 1.975.

²¹⁶ En el año 1.945, aparece y se utiliza por primera vez en el Hospital del Rey la Penicilina. A la penicilina, siguió el descubrimiento de la Estreptomicina, y muy poco después el de la Cloromicetina o Cloranfenicol, de gran utilidad en el tratamiento de la fiebre tifoidea. En el año 1.952 apareció calladamente la Isoniacida, empleada en la Tuberculosis.

2.2.4 D. Manuel Tapia Martínez. Primer Director del Hospital de Rey.

Quizás sea la figura del Hospital del Rey que menos conozcamos en cuanto a personalidad. Su carácter científico y su precipitada desaparición del Hospital debido a las críticas circunstancias de la Contienda Civil nos hacen difícil recomponer con fidelidad sus características. De todas formas, si hay algo que siempre se desprende de los múltiples comentarios que sobre él hemos encontrado es su rigor científico intachable. Pocos son los documentos en los que basarnos para reconstruir su forma de pensar y actuar. De todos modos, antes de comenzar a describir su trayectoria profesional, queremos hacer un intento de aproximación a la personalidad de Tapia a través de varios documentos históricos. Reproducimos a continuación una carta dirigida a un familiar de un paciente, en la que se deja entrever la fuerte personalidad de Tapia, pero también el espíritu de rectitud por el que dirigía su propia conducta y el Hospital del Rey:

“Muy Señor mío: Hace unos días le remití a Vd. por Giro Postal el dinero que tuvo la ligereza de entregar a la hermana del Pabellón I, no sé con qué fines. Supongo lo habrá Vd. recibido.

En vista de la actitud de usted, debo advertirle dos cosas: Primero, que en este Hospital no se comercia con los enfermos, cosa que debía Vd. haber averiguado antes de venir. Y en segundo lugar, puesto que ustedes son personas de posición económica, el enfermo será dado de alta en cuanto pase el peligro inmediato, para que ustedes lo lleven a un sanatorio donde pueda continuar su cura.

Chamartín de La Rosa, 2 de julio de 1.928”²¹⁷.

Ahondando en aspectos de la biografía de Don Manuel Tapia, podemos hacer referencia a los datos encontrados en una entrevista concedida por Tapia a un periodista²¹⁸, en los años setenta (figura 2).

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 111, 112 y 117, 1.975.

²¹⁷ MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

²¹⁸ GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*, 1.975, Madrid.



Fig. 2. Manuel Tapia, Director del Hospital del Rey desde 1924 hasta 1936.

En los años veinte, Tapia estaba considerado como uno de los discípulos de Marañón, que se dedicaba por aquellos años de forma preferente a las enfermedades infecciosas. Es precisamente allí, en la sala de Infecciosos del Hospital General, donde Tapia asiste todas las mañanas de forma voluntaria, logrando que Marañón se fije en él y vaya tomándole, poco a poco, un aprecio creciente. En palabras del propio Tapia:

“Por aquel tiempo concebí la idea de dedicarme a las enfermedades infecciosas, conjuntando la clínica con la Bacteriología. Iba por las mañanas a la clínica de Marañón y por las tardes al Instituto Alfonso XIII. Esto me permitió estar al tanto de las enfermedades infecciosas desde todos los puntos de vista antes de terminar la carrera”²¹⁹.

Es el prototipo de médico que exigía la moderna medicina dedicada a las enfermedades infecciosas. Se requería una formación global para aproximarse al hecho nosológico desde todos los puntos de vista: el clínico, el bacteriológico y el de profilaxis. Llama la atención la enumeración de los viajes que realiza en aquellas fechas, con motivo de poder ofrecer una ayuda cercana allí donde tiene lugar la epidemia. No era una práctica infrecuente, y muchos sanitarios de la época acostumbran a no hacer frente a las epidemias desde su cómodo despacho, sino que

²¹⁹ GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*, 1975, Madrid.

se desplazan para trabajar en contacto con la misma, sacando conclusiones directas y no a través de terceras personas. Así, Tapia tiene activa colaboración en la epidemia de gripe de 1.918, donde tuvo la suerte de no contagiarse. Ese mismo año, viajó a Cartagena y Almería, donde se había producido una epidemia de tifus exantemático. Posteriormente, estuvo en Canet Lo Roig, provincia de Castellón, asistiendo a uno de los primeros brotes de poliomielitis de España, y en una Epidemia de Disentería de Pontevedra, en 1.919. En estos viajes, Tapia acostumbraba a llevar un laboratorio portátil del Instituto Alfonso XIII²²⁰.

En el año 1.920, hizo oposiciones al Instituto Alfonso XIII, ganando una plaza, aunque siguió trabajando por las mañanas en la clínica con Marañón.

Pocos años después, cuando Marañón renunció al cargo de Director del Hospital del Rey, aconsejó a Tapia firmar las oposiciones que se habían convocado²²¹. De esta manera, aseguraba que los proyectos que había soñado para esta nueva Institución quedaban en manos de uno de sus más apreciados discípulos. Y no sólo Marañón, sino otros eminentes sanitarios de entonces, como Pittaluga, se lo rogaron. Al final, y en segunda convocatoria fue nombrado Director. Aunque Marañón mucho había sufrido teniendo que dejar un proyecto en el que puso todo su empeño, por lo menos tuvo el consuelo de ver que quedaba en manos de una persona conocida y querida²²².

Por último, podemos de nuevo entrever la honestidad de la persona de Tapia, quien a pesar de su pensamiento Liberal, al comienzo de la Guerra Civil no dejó de ofrecer su ayuda y consejo de forma correcta a la Comunidad de Religiosas del Hospital del Rey²²³.

²²⁰ Al contrario de lo que pudiera parecer, estos viajes no eran agradables ni por supuesto turísticos, pues muchas veces se desarrollaban bajo duras circunstancias y se prolongaban durante meses. De todos modos, Tapia dio muestras de gran sentido práctico, contando apenas veintitrés años por entonces.

“Las pasé negras durante algunos días”. “Yo me llevaba el caldo de cultivo en el que echaba un poco de moco de un niño que acababa de enfermar, y me lo metía en el bolsillo, a 37° C como si estuviera en la estufa. Así, al resembrar este caldo en placas de Petri me salían cultivos casi puros del Bacilo Disentérico del tipo de Shiga”.

GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*, 1.975, Madrid.

²²¹ Tiene Vd. que hacerlas porque es una cuestión de honor.

GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*, 1.975, Madrid.

²²² Realmente, no defraudó a su maestro, pues su trayectoria profesional fue encomiable. Publicó aproximadamente treinta libros, en el terreno de las enfermedades Infecciosas, Tuberculosis Pulmonar y enfermedades de los bronquios, llegando a ser Moderador y Presidente de la Sociedad Española de la Asociación Internacional para el estudio de los bronquios.

GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*, 1.975, Madrid.

²²³ A las ocho de la tarde, el 21 de Julio de 1.936, tras hablar Tapia con la Hermana Superiora, se produce la salida en dos coches de las veinticuatro Hermanas que formaban la Comunidad de Religiosas del Hospital del Rey. No se produjo su regreso hasta 1.939. Gracias a esta medida, ninguna de ellas sufrió percance alguno durante los convulsos momentos de la Guerra Civil.

Testimonio de Sor Dominica Vicente-Devesa, de la congregación de las Hijas de la Caridad. Madrid, 1.997. Cedido por la propia autora.

Después de haber intentado resaltar las características que a nuestro juicio predominan en la persona de Tapia, pasamos a continuación a describir los detalles biográficos y su trayectoria profesional (figura 3).



Fig. 3. Manuel Tapia, Director del Hospital del Rey desde 1924 hasta 1936.

Nació en Cartagena (Murcia), el dos de Abril de 1.895. Hijo de José y Ana²²⁴. Estudia la carrera de Medicina en la Universidad Central de Madrid. Comienza poco después una estrecha relación con el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, nombrándosele Auxiliar de

²²⁴ Certificación en extracto de Acta de Nacimiento. Documento fechado en Cartagena, el 19 de Diciembre de 1.955, que coincide con el original.
APMS. Ficha personal de Tapia.

laboratorio²²⁵, y recibiendo la gratificación de 150 pesetas mensuales por la realización de trabajos de Epidemiología en dicho Instituto. Dos años después, Tapia no se contenta con la posición que tiene dentro del propio Instituto y, el 3 de Julio de 1.920, escribe una carta al Excelentísimo Inspector General de Sanidad del Reino para pedir ser admitido en la Oposición²²⁶ de tres plazas vacantes de Ayudantes del Instituto Alfonso XIII. El 28 de Junio de 1.920, se le nombra ayudante de Sección del Alfonso XIII²²⁷.

Se comprueba, revisando estos datos, que la vida profesional de los médicos de principio de siglo pasaba obligatoriamente por el ejercicio de presentarse a diversas Oposiciones, ganando de esta manera un prestigio creciente, con trabajos de mayor categoría profesional.

Como ya hemos comentado con extensión, el 15 de noviembre de 1.924 se convoca el primer Concurso-Oposición para cubrir las plazas de médicos del futuro Hospital del Rey²²⁸. En ese momento, con 29 años, el Doctor Tapia, en una carta fechada el 9 de diciembre de 1.924, pide ser admitido en dicho concurso. Tras los hechos ya conocidos, y en segunda convocatoria, Tapia es nombrado Director²²⁹.

Posteriormente, Tapia sigue ascendiendo en su posición como funcionario al unificarse, en 1.928, las tres ramas de Sanidad en un solo escalafón. De esta forma, el recién nombrado Director pasó de forma automática, como tantos otros, a figurar en dicho escalafón como procedente de la Rama de Instituciones Sanitarias y, asciende a Jefe de Administración Civil de tercera clase con el sueldo anual de 10.000 Ptas²³⁰.

Con la Guerra Civil, llegan etapas convulsas para el Director del Hospital del Rey. Dentro del caótico Madrid de la Guerra, Tapia, había sido nombrado Director del Hospital instalado en

²²⁵ Sueldo con cargo al crédito por el apartado Defensa contra las enfermedades evitables en caso de amenaza de epidemias. Documento firmado por el Inspector General Salazar, del Ministerio de Gobernación, el 25 de Octubre de 1.918.

APMS. Ficha personal de Tapia.

²²⁶ Convocatoria de Oposiciones para Ayudante de Laboratorio del Instituto Alfonso XIII, *Gaceta de Madrid*, Madrid, 20 de Junio de 1.920.

²²⁷ El 1 de Julio de 1.924, se le confirma como Ayudante de Sección del Instituto Alfonso XIII, con sueldo de 6.000 pesetas, mediante Minuta Real Orden. En ese mismo momento se produce el cese como Auxiliar de Laboratorio.

APMS. Ficha personal de Tapia.

²²⁸ Real Orden de 3 de Marzo de 1.925, *Gaceta de Madrid*. 1.925.

²²⁹ Así se lo hace conocer en un documento Martínez Anido, por entonces subsecretario del Despacho del Ministerio: "A propuesta del Tribunal que ha juzgado las oposiciones convocadas por Real Orden del 3 de Marzo de 1.925 para proveer la plaza de Director del Hospital del Rey, Su Majestad el Rey (q.d.g), ha tenido a bien nombrar para el indicado cargo a D. Manuel Tapia Martínez con haber de 8000 Ptas. mensuales".

Documento fechado en Madrid el 18 de Mayo de 1.925, por Martínez Anido, por el cual es nombrado Director del Hospital del Rey de Chamartín de la Rosa, y a la vez Jefe de negociado de Primera clase, con 8.000 pesetas de sueldo por Real Orden. Esta última se publica el 17 de Junio de 1.925. Lógicamente, coincide con la fecha del cese como Ayudante del Instituto Alfonso XIII.

APHR. Ficha Personal del Tapia.

²³⁰ Expedido el 9 de noviembre de 1.934, siendo Presidente de la República D. Niceto Alcalá Zamora, y Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión Oriol Anguera de Sojo.

el Hotel Palace, al que dedicaba un rato todos los días²³¹. Quizás, la aceptación de este cargo es una muestra de las presiones políticas a las que se vio sometido Manuel Tapia. Es imposible imaginar la reacción de un hombre de ciencia a semejantes presiones, lo que sí podemos decir es que Tapia optó por la salida menos fácil para él y su familia: el exilio a Portugal, en diciembre de 1.936. Probablemente, hubiera sido más fácil seguir complaciendo a los revolucionarios, y mantenerse de esa forma en el cargo de Director. Pero ya hemos comentado que la lealtad y rectitud eran inseparables en Tapia, así que dado que no podía seguir transigiendo con presiones de tipo político, tomó una decisión no siempre bien entendida por sus compañeros de Hospital²³². Esta decisión pronto tiene unas consecuencias concretas, pues al ausentarse de su cargo de Director del Hospital el Gobierno de la República le separa del Servicio con pérdida de todos sus derechos, en el Cuerpo y Cargos que desempeña²³³.

No es posible emitir ningún juicio sobre la conducta que siguieron los profesionales que decidieron abandonar el Hospital. Por un lado, desconocemos en absoluto las presiones de tipo político y las razones de carácter familiar por las que fueron impelidos a ello. Sí que podemos afirmar casi con total seguridad que este tipo de decisiones les debió costar un gran esfuerzo y resultar costosísimo, pues implicaba abandonar un proyecto absolutamente querido como era el Hospital del Rey y en el que tanto se habían implicado. Por otro lado, un motivo más de dolor que seguramente tuvieron que afrontar fue el abandono de los enfermos que quedaron en los pabellones a merced de las circunstancias.

Pasarían muchos años antes de que Tapia volviera a solicitar su incorporación en el Cuerpo Nacional de Sanidad. Cuando se produce el fallecimiento de Vallejo de Simón, se tenía que producir de forma obligatoria un nuevo nombramiento de Director del Hospital, motivo por el que Tapia juzga que ha llegado el momento más adecuado de solicitar su rehabilitación en el cargo que ocupaba hasta el comienzo de la Guerra Civil. Por eso, el 2 de Noviembre de 1.955, dirige su petición mediante una carta al Ministro de la Gobernación²³⁴.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²³¹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 64, 1.975.

²³² Debido a la desesperante situación que se vivía por aquel entonces en el Hospital del Rey, donde se creó un Comité revolucionario, el Director Tapia acabó por preparar de una manera absolutamente secreta su emigración a Portugal, haciéndose cargo de la Dirección del Sanatorio del Caramulo.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 64, 1.975.

²³³ El Presidente de la República, por decreto del 10 de diciembre de 1.936, de Presidencia del Consejo de Ministros del 21 y 31 de Julio, le separó del Servicio, con pérdida de todos sus derechos, en el Cuerpo y cargos que desempeñó en el Hospital del Rey.

Firmado por Mercedes Maestro en Valencia el 11 de diciembre de 1.936.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²³⁴ "Manuel Tapia Martínez, de 60 años, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Madrid, del Cuerpo de Sanidad Nacional desde el año 1.920 y Director del Hospital del Rey, por oposición de desde el año 1925, separado de ambos cargos en virtud del artículo XIII, de la ley de 10 de Febrero de 1.939, a Vª Eª respetuosamente expone:

Llama la atención que Tapia no exigiese antes sus derechos. En la carta remitida al Ministro de la Gobernación expone que si no lo había hecho antes era por respeto a la persona que ejercía como Director hasta entonces, Vallejo de Simón. Recordemos que tras la Guerra Civil, la plaza de Director se cubre sin necesidad de convocar nuevas Oposiciones. Es decir, la sombra de Tapia, que había conseguido limpiamente su plaza de Director en 1.925, siempre planeó sobre la persona que ejercía la Dirección.

El caso es que Tapia conoce y acepta que su petición de rehabilitación como Director del Hospital del Rey supone un nuevo proceso de revisión de su Expediente profesional y personal. De la documentación consultada, se dedujo que el Señor Tapia había sido separado de todos sus derechos como Director del Hospital del Rey por el Gobierno de la República. Posteriormente, esta decisión se mantuvo por el nuevo Gobierno erigido tras la Guerra Civil²³⁵. Más tarde, en Madrid, en Octubre de 1.944, fue sometido al Tribunal Especial de Responsabilidades Políticas²³⁶.

Ahora Tapia, como ya hemos dicho, solicita que le sea revisado su expediente de depuración político-social y si resultase favorable ser rehabilitado en el escalafón y servicio. Dicha petición es aceptada²³⁷, designando por parte del Gobierno de la época un Juez Instructor,

que deseando reingresar en el Cuerpo de Sanidad Nacional y en el cargo que desempeñaba, y aceptando la revisión de su caso de acuerdo con lo dispuesto en la referida Ley, solicita de V^a E^a se digne dar las órdenes oportunas si lo estima de justicia; y desea hacer constar que no ha solicitado antes la reincorporación a su puesto porque estando ocupado por otro miembro de la Sanidad Nacional el hacerlo hubiera dado lugar a conflicto y quizá lesión de intereses personales".

APHR. Ficha personal de Tapia.

²³⁵ Como consecuencia su actuación político-social durante la Guerra de Liberación y previo el oportuno expediente, por resolución de 30 de Mayo del año 1.939, fue sancionado con la separación y pérdida de todos los derechos.

APHR. Ficha personal de Tapia

²³⁶ El resumen del Oficio dice así: "en Madrid, a 13 de octubre de 1.944, visto el expediente de responsabilidad política seguido contra Don Manuel Tapia Martínez, mayor de edad, casado, de profesión Médico y vecino que fue de Madrid, fallamos que debemos condenar al mismo como responsable político de hechos leves a la sanción económica de pago de 4.000 pesetas".

Documento firmado por Don Esteban Samaniego, y fechado en Madrid el 13 de octubre de 1.944 por el Juzgado número 15.

Esta sanción económica de cuatro mil pesetas, la hizo efectiva el Doctor Tapia, recobrando la libre disposición de los bienes que se le tenían intervenidos.

No se encontraron hechos graves en su haber, sino únicamente una tendencia izquierdista en su ideología y haber sido afiliado a la sindical de U. G. T., poniéndosele como sanción económica el pago de cuatro mil pesetas. El cual fue satisfecho.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²³⁷ El Juez Instructor considera que ya que la persona que nos ocupa no fue objeto de condena más que para el pago de una simple multa, y conforme establecen los tres primeros artículos de la Ley de 18 de Diciembre de 1.946, que indudablemente se hace acreedor a la gracia que solicita de que sea revisado su expediente por los trámites que establece la Ley de 10 de Febrero de 1.939.

Por lo tanto el juez instructor, considera adecuado revisar el expediente seguido a Don Manuel Tapia Martínez, a cuyo objeto por esa Jefatura Provincial de Sanidad deberá ser designado un Juez Instructor quien tras las oportunas diligencias establecerá una resolución.

Documento fechado en Madrid, el 17 de Abril de 1.956, por el Juez Instructor Sánchez, y dirigido al Señor Director General de Sanidad.

encargado de llevar a cabo las oportunas diligencias²³⁸. Suponemos que estos hechos no son muy agradables para Tapia, pero él considera que tiene que aprovechar este momento, pues tiene 60 años, y no habrá otra oportunidad para poderse reincorporar al cargo de Director Médico. El proceso no es sencillo y para comenzar es necesario que Tapia presente numerosos documentos²³⁹.

El Juzgado comienza los trámites para recabar información sobre la actuación y comportamientos previos del Doctor Tapia²⁴⁰. Son interesantes, por las aportaciones biográficas que contienen, las sucesivas declaraciones orales o en forma de testimonios escritos que Tapia va realizando durante este proceso²⁴¹. Por ejemplo, Tapia durante aquellos años vivía en la Calle General Pardiñas 102, y ejercía la medicina en el Consultorio de la Calle Claudio Coello 67. No

APHR. Ficha personal de Tapia.

²³⁸ Le corresponde al Señor Jefe Provincial de Sanidad de Madrid designar un Juez Instructor, quien tomando por base la orden y documentación que se adjuntan revisará el expediente de depuración de Don Manuel Tapia Martínez conforme establece la Ley de 10 de Febrero de 1.939. En Abril de 1.956, se le comunica al Señor Don Teófilo Morato Cárdenas su nombramiento como Juez Instructor del caso. Asimismo se le remiten los documentos enviados por el interesado. Del mismo modo se nombra al Señor Don Francisco Camon Górdoba Secretario para la referida revisión, debiendo actuar a las órdenes del Señor Juez Instructor.

Don Teófilo Morato era Director del Centro de Higiene Rural de Vallecas. Don Francisco Camon Górdoba era Secretario Administrativo de la Jefatura de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²³⁹ Para poder ser sometido a Expediente de Depuración político-social, y si resultase favorable, rehabilitado en el Escalafón y Servicios se le participa a Tapia que para poder determinar la procedencia o no de acceder a tal pretensión, deberá acompañar su instancia de numerosos documentos: prueba documental acreditativa de haber pertenecido al Escalafón de Médicos de Sanidad Nacional; Certificación del Acta de Nacimiento; Declaración Jurada, contestando al formulario de preguntas del artículo segundo de la Ley de 10 de Febrero de 1.939, así como de los indultos o conmutaciones que de la condena hubiere obtenido. En el caso de no haber sido condenado deberá formular una declaración jurada haciéndolo constar así, y unirá a ella, certificado de carecer de antecedentes penales, y cuantos informes pueda unir acreditativos de su conducta en las distintas residencias que hubiera tenido desde fecha inmediatamente anterior al Alzamiento Nacional.

Documento del Juzgado, firmado en Madrid, el 1 de Diciembre de 1.955, por el Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴⁰ Así se le solicita al Tribunal de Represión de la Masonería y el Comunismo, que envíe los antecedentes que en relación con la Masonería tuviera el citado señor a los efectos correspondientes.

Carta firmada por el Director General de Sanidad, en Diciembre de 1.955.

El Tribunal Especial para la represión de la Masonería y del comunismo contestó que en ningún momento había abierto expediente contra D. Manuel Tapia Martínez.

Carta fechada el 30 de Enero de 1.956 por el secretario General de dicho Tribunal y dirigida al Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴¹ Manuel Tapia, con Domicilio en la C/ General Pardiñas 102, y consultorio en la C/ Claudio Coello 67, hizo una declaración jurada en cumplimiento del artículo segundo de la Ley de Febrero de 1939. Los principales puntos declarados por Tapia en ese documento son los siguientes:

"Desde 1.921 pertenezco al Cuerpo de Sanidad Nacional. Primeramente, con destino en el Instituto Nacional de Alfonso XIII, y desde 1.925 como Director del Hospital del Rey. El 18 de Julio de 1.936 ocupaba el cargo de Jefe de Negociado de Primera clase en el Escalafón del Cuerpo de Sanidad. Asimismo, era profesor de la Escuela Nacional de Sanidad. No preste ningún servicio aparte de la dirección del Hospital del Rey. No tuve otros haberes que los propios de los cargos citados del Hospital del Rey y de la Escuela de Sanidad, los cuales fueron suspendidos cuando el Gobierno Republicano me destituyó hacia el otoño de 1.936, con ocasión de mi marcha al extranjero. No pertenezco a ningún partido político, pero sí al sindicato médico de la U. G. T. No he pertenecido nunca a la masonería. Me gustaría que se citasen como testigos al Dr. José Pardo Urdapilleta y al Dr. Darío Fernández Iruegas".

Documento fechado en Madrid a 5 de Abril de 1.956.

sabemos exactamente cuándo se produjo su regreso desde Portugal.

Antes de comenzar el Juicio, el Señor Tapia pidió que se solicitase la opinión de dos personas sobre su forma de actuación previa a la Guerra Civil. Desconocemos los motivos, pero probablemente le unía una relación de profunda amistad con José Fernández Turégano y a Gerardo Clavero del Campo²⁴². A partir de entonces, el Juez empieza las oportunas diligencias, contactando con diversas Instituciones o personas que pudieran dar cuenta de la conducta del Doctor Tapia²⁴³. Las contestaciones no se hacen esperar. Sorprende por la cantidad de detalles que aporta la respuesta de la Dirección General de Seguridad:

“Al Dr. Tapia el Movimiento Nacional le sorprendió en esta Capital, marchando a Portugal en los primeros meses, pues a pesar de ser hombre de ideas liberales no estaba conforme con actuación del Gobierno Republicano. Vivió en Portugal hasta 1.939 y posteriormente marchó a Roma y Buenos Aires, participando en Congresos Científicos y últimamente desempeñaba en Portugal el cargo de Director Científico de la Estancia Sanatorial de Caramulo (Portugal). En la actualidad reside en España, procedente de Italia. Vino a España varias veces después de la Liberación, marchando nuevamente al extranjero. Definitivamente establecido en Madrid, habiendo solicitado nuevamente la colegiación como Médico. Es persona de buena conducta moral, pública y privada, y de sólida reputación científica, como Tisiólogo”²⁴⁴.

Creemos también de interés, resaltar las declaraciones del Jefe Provincial de Sanidad, pues nos ayudan a ahondar en el espíritu científico del primer Director del Hospital. En ellas, se exaltan las cualidades de Tapia como médico, científico y persona²⁴⁵. No faltan los informes

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴² Documento fechado en Madrid, el 14 de Mayo de 1.956, y dirigido al Juez Instructor.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴³ Así, se dirige al Teniente Alcalde del Distrito Retiro-Mediodía, Sr. Jefe del Servicio de Información de F.E.T. y de las J.O.N.S., Sr. Jefe del Servicio de Información e Investigación de la Guardia Civil, Sr. Secretario Técnico de la Dirección General de Sanidad, Sr. Jefe Provincial de Sanidad, Sr. Director General de Seguridad y Sr. Director del Hospital del Rey. Todo esto siempre en búsqueda de los posibles antecedentes que obren en su poder, en relación con el expedientado.

Documentación anexa al citado Juicio.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴⁴ Políticamente se le considera indiferente al Régimen y de ideas izquierdistas, pero incapaz de hechos delictivos.

Documento firmado por el Director General de Sanidad y fechado en Madrid, el 25 de Mayo de 1.956.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴⁵ “Conozco desde el año 1.928 a D. Manuel Tapia Martínez por haber asistido el que suscribe en aquella fecha a la Clínica de enfermedades infecciosas del Hospital del Rey. Desde aquella fecha le venido tratando sin que haya en ninguna ocasión hablado ni expuesto ideas políticas. Durante el largo plazo que le conozco he podido comprobar, independientemente de sus muchas cualidades de tipo científico, sus magníficas condiciones personales en todos los sentidos, considerándole excelente persona, de unas condiciones morales excepcionales. Durante la Guerra no tuvo ninguna actuación política ni particular reprochable en ningún sentido”.

relativos a Tapia, realizados por personas que fueron discípulos suyos en el Hospital del Rey, en 1.927, recordando con gran cariño a su Profesor. Se puede ver de esta forma que Tapia llegó a crear una verdadera escuela en el Hospital del Rey, contando con discípulos que así se declaran muchos años después²⁴⁶.

Y, ¿cuáles fueron las opiniones de sus propios compañeros en el Hospital del Rey? Por ejemplo, destaca sin duda entre todas estas manifestaciones la declaración del Doctor Juan Torres Gost²⁴⁷, Director Interino del Hospital del Rey en esos momentos. Ambos compartieron su actividad como médicos en el Hospital durante once largos años. Como no podía ser de otro modo, se resalta su afán científico así como sus desvelos para convertir el Hospital del Rey en una Institución científica de primer orden. Estas declaraciones también dicen mucho a favor del propio Torres Gost, pues en ese momento él era el otro candidato a ocupar la plaza de Director del Hospital del Rey, y la rehabilitación de Tapia supondría no alcanzar dicho objetivo.

Por último, existen declaraciones de otras instituciones que poco o nada conocían a Tapia, por lo que resultan más impersonales²⁴⁸, aunque siguen ahondando y confirmando el reconocido

Documento firmado por el Jefe de Provincial de Sanidad y fechado en Madrid, el 25 de Mayo de 1.956.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴⁶ La contestación de la Secretaría Técnica también nos muestra detalles personales del Doctor Tapia, y por eso la anotamos.

“Personalmente conozco a Don Manuel Tapia Martínez desde el año 1.926, y fui su discípulo en el Hospital del Rey durante el año 1.927 en que fui Médico asistente en dicho Hospital, y posteriormente en el Curso de Oficiales Sanitarios de la Escuela Nacional de 1.930-1.931, como alumno Médico de dicho curso el asignatura de Enfermedades Infecciosas de la que don Manuel Tapia fue profesor. Considero a Don Manuel Tapia Martínez un excelente sanitario por su actuación distinguiéndose por sus dotes docentes en la enseñanza de enfermedades infecciosas, habiendo sido destacado por su eficiente labor como Sanitario y clínico, alcanzando un gran prestigio en ambas facetas. No conozco su ideología política ya que durante mucho tiempo en que estuve a su lado no leo y manifestación alguna de tipo político”.

Documento firmado por el Secretario Técnico de la Dirección General de Sanidad (firma ilegible) y fechado en Madrid, el 28 de Mayo de 1.956.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴⁷ “Conocí a Don Manuel Tapia Martínez en el año 1.925 en que hicimos juntos las oposiciones al Hospital del Rey, aspirando él a Director y el que suscribe a Médico de Guardia. Estuvimos alrededor de unos once años juntos en el Hospital, desempeñando cada uno su plaza. En estos once años, el mayor afán que le conocí fue de orden científico, dedicando su esfuerzo a prestigiar el Hospital del Rey del que fue primer Director, lo que consiguió plenamente. Aun cuando su orientación política fue de matiz liberal, poca política activa pudo realizar por su cargo que le absorbió todo el tiempo; por su afición más acentuada: el desarrollo de una personalidad científica, y por su salud nunca exuberante, que le obligaba a pasar temporadas de reposo. Durante el Glorioso Movimiento Nacional, poco pudo hacer ni en pro ni en contra, pues todo lo más en Octubre de 1.936, abandonó el Hospital para salir al extranjero. Sus condiciones morales son las de las personas honradas, de hombre de bien. Sabiéndolo, le creo en absoluto incapaz de hacer daño a nadie. Creo firmemente que es un hombre bueno, con verdadero afán de cordialidad y afectividad. Fundamentalmente es un hombre de Ciencia, cuya capacidad didáctica debería ser aprovechada. He sido y soy amigo suyo y creo también que debe regresar al Cuerpo de Sanidad Nacional sin reservas”.

Fechado en Madrid el uno de junio de 1.956 por Don Juan Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁴⁸ La Dirección General de la Guardia Civil, apunta que el Doctor Tapia abandonó el Hospital del Rey el 30 de Septiembre de 1.936, saliendo para Francia. También denuncia su afiliación al partido socialista.

Documento firmado por Don Miguel Morales, Coronel Jefe de Estado Mayor, y fechado en Madrid el 16 de junio de 1.956.

APHR. Ficha personal de Tapia.

prestigio de Tapia, comparándose con doctores de la talla de Jiménez Díaz, Marañón, etc²⁴⁹.

Siguiendo con el proceso, realmente el caso del Doctor Tapia presenta dos problemas diferentes, aunque coordinados: primero la revisión de su situación como funcionario. Y segundo, la situación en aquella época de la plaza de Director del Hospital de del Rey, en relación con su posible reincorporación a la misma. Efectivamente, la plaza de Director del Hospital del Rey estaba vacante debido al fallecimiento del Doctor Vallejo Simón. Según la legislación vigente, el Señor Ministro de la Gobernación tenía tres posibilidades: denegar la petición del Doctor Tapia de revisión de su expediente como Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, provocando que permaneciese en la misma situación, es decir separado del Cuerpo, readmitirlo al servicio, pero con la sanción de traslado forzoso o la de inhabilitación, para el desempleo de puestos de mando o de confianza, lo que supondría su reingreso en el escalafón, pero no su reincorporación al cargo de Director del Hospital del Rey, readmitirlo al servicio, y reponerlo en el cargo de Director del Hospital del Rey. Todo esto tenía que ser resuelto antes de hacer público el concurso de méritos de la plaza de Director del Hospital del Rey²⁵⁰. Esto tuvo que ser prorrogado durante varios meses para resolver mientras tanto el proceso de Tapia. La legislación que se tuvo en cuenta durante este proceso fue numerosa y compleja²⁵¹.

²⁴⁹ La contestación de la Falange, lógicamente es más impersonal pero vuelve insistir en las excelentes características profesionales del expedientado. "Su tendencia político-social ha sido siempre hacia campo republicano-liberal. Perteneció a la Asociación de Médicos Liberales. Decepcionado por la marcha de los acontecimientos en la zona Republicana durante la Guerra Civil, y en desacuerdo con los procedimientos que en dicha zona se empleaban, se marchó a Portugal. En 1.948 regresó a España, solicitando con posterioridad la colegiación, que le fue concedida en 1.953, capacitándole para ejercer la Medicina con carácter particular, pero no para ocupar cargos públicos de tipo profesional. Es indiferente a nuestro Régimen, es inofensivo si no ocupa cargos. Profesionalmente esta magníficamente considerado no sólo en nuestra patria, sino también el extranjero, comparándose con doctores de la talla de Jiménez Díaz, Marañón, etc".

Documento firmado en Madrid, el seis de junio de 1956, por la Delegación Nacional de Información e Investigación de la Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁵⁰ Orden Ministerial de 17 de Octubre de 1955. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de Octubre de 1.955.

Documentación extraída del juicio de depuración del Doctor Manuel Tapia Martínez.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁵¹ Las Leyes que afectaron al Doctor Tapia, fueron las siguientes:

Ley de 10 de Febrero de 1.939: fijaba normas para la depuración de funcionarios públicos. Publicada en el *Boletín Oficial del Estado* de 14 de Febrero de 1.939.

Artículo 13 de dicha Ley. Los funcionarios públicos que se hallaran en el extranjero o en territorio aún no liberado y a los que se considere comprendidos en alguno de los casos enumerados en el artículo 9 podrán ser separados del servicio por acuerdo del Ministro respectivo, sin necesidad de que se tramite un expediente especial, ni de que se conceda audiencia a los interesados. Si con posterioridad al acuerdo de separación dictado en virtud de lo dispuesto en este artículo, se presentara voluntariamente ante las autoridades algún funcionario a quien afectará al acuerdo, podrá el interesado pedir la revisión de su caso personal, y si el Ministerio accede a ello, se aplicará al peticionario el procedimiento general de depuración establecido en esta la ley.

Por Orden de 30 de Mayo de 1.939, fue separado entre otros, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de 10 de Febrero de 1.939, Don Manuel Tapia Martínez, causando baja en la escala del Cuerpo al que pertenecía.

También se consultó la Orden Ministerial de 7 de septiembre de 1.940 y la Ley de 18 de Diciembre de 1.946.

APHR. Ficha personal de Tapia.

Tras tener en cuenta los aspectos a favor y en contra de Tapia²⁵², siempre desde el punto de vista del Gobierno de la época, se procedió a la resolución de este complejo y trabajoso proceso. La resolución del Juez Instructor fue lógicamente favorable para el Doctor Tapia²⁵³. Mediante esta resolución²⁵⁴, se procedió a rehabilitarle en el Escalafón de Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, pero sin que esto significase su retorno como Director del Hospital del Rey. Dicha plaza fue, como ya hemos comentado, para Torres Gast.

Posteriormente, el 9 de Octubre de 1.956, el Doctor Tapia se reintegró al servicio activo como funcionario del Cuerpo de Sanidad Nacional como Médico Primero del expresado Cuerpo, esperando que se produjese una plaza vacante en la categoría que por su antigüedad le correspondía²⁵⁵. Más tarde sería ascendido a la categoría de Médico Mayor de Primera Clase del

²⁵² En las últimas etapas del Juicio, se le comunicó al expedientado el pliego de cargos formulado contra él:
Tener ideas izquierdistas.

Estar inhabilitado para cargos públicos.

Haber estado afiliado al Partido Socialista.

Documento fechado en Madrid, el 2 de julio de 1.956, por el Juez Instructor.

La Contestación del Doctor Tapia, no se demora, y así el 3 de julio de 1.956 redacta la siguiente nota:

“En contestación a su pliego de Cargos, tengo el honor de contestar lo siguiente:

el hecho de conceptuarme como de ideas izquierdistas no puede ser más que una mera suposición, ya que jamás he pertenecido a ningún partido político, dedicando todas mis actividades, como es público, a mis labores científicas, profesionales y docentes.

no estoy incapacitado para ejercer Cargos Públicos, y si únicamente para cargos directivos en el Colegio de Médicos de esta provincia.

no he estado afiliado nunca al Partido Socialista ni a ningún otro”.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁵³ En primer lugar, no se probó de ninguna manera que hubiese estado afiliado a ninguno de los partidos componentes del Frente Popular, y sí, únicamente a la sindical U. G. T. Además, se comprobó que su conducta fue siempre intachable sin que tomara parte en ningún hecho delictivo, aportando una relevante personalidad científica. Se consideró que ya se le había sancionado suficientemente con el tiempo que había permanecido separado del Escalafón y Servicio. Por lo tanto, y conforme a lo establecido en la Ley de 18 de Diciembre de 1.946 (pueden ser rehabilitados los funcionarios civiles que condenados por delitos políticos a penas graves obtuvieren por vía particular conmutación o indulto de las mismas, hasta quedar las accesorias reducidas a inferiores a la de inhabilitación absoluta), indudablemente debía procederse sin más sanción a la rehabilitación del Doctor Tapia Martínez.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁵⁴ La resolución final del juzgado fue: rehabilitar a Don Manuel Martínez en el Escalafón de Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, con el número que le correspondiera como si no hubiera sido separado, con derecho a optar a las plazas que reglamentariamente se cubran conforme a su categoría y méritos, pero sin que pueda alegar ninguno de los emolumentos dejados de percibir durante el tiempo que ha permanecido separado del Escalafón y Servicio.

Documento firmado por el Juez Instructor y fechado en Septiembre de 1.956.

APHR. Ficha personal de Tapia.

²⁵⁵ Resumimos de nuevo su escalafón conseguido hasta la Guerra Civil:

El Doctor Tapia ostentaba categoría Administrativa de Jefe de Administración Civil de tercera clase del Cuerpo de Sanidad Nacional, cuando fue separado del servicio. Dicha categoría le fue concedida el 9 de Noviembre de 1.934 por Oriol Anguera de Sojo, Ministro de Sanidad, Trabajo, y Previsión.

El Presidente de la República, por decreto del 10 de diciembre de 1.936, de presidencia del Consejo de Ministros del 21-31 de Julio, le separó del Servicio, con pérdida de todos sus derechos, en el Cuerpo y cargos que desempeñó en el Hospital del Rey. (Firmado por Mercedes Maestro en Valencia el 11 de diciembre de 1.936).

El 4 de Junio de 1.939 se publica en el Boletín Oficial del Estado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 de la ley de 10 de febrero de aquel año, la separación definitiva del servicio y su baja en la Escala a varios funcionarios Médicos entre los cuales figura don Manuel Tapia Martínez.

APHR. Ficha personal de Tapia.

Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, y Médico Jefe Principal del Cuerpo de Sanidad Nacional, previo a su jubilación, que ocurrió el 30 de Marzo de 1.965.

Otros cargos que ocupó fueron el de Médico Consultor del Instituto Nacional del Cáncer y el de Agregado a la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid en funciones de Asesor de las campañas de Inmunización emprendidas por aquella jefatura.

Desgraciadamente, para su persona y para la ciencia, Tapia no volvió al Hospital desde que lo abandonó en 1.936, tras una breve pero intensísima etapa en la que destacó por su altísimo nivel científico y humano.

2.2.5 D. Pedro Zarco Bohórquez.

Don Pedro Zarco Bohórquez nació el 13 de Octubre de 1.887, en Ubrique (Cádiz)²⁵⁶ (figura 4).

En el curso de 1.916-17, consta que el Dr. Zarco estaba cursando sus estudios de Doctorado en la Facultad de Medicina de la Universidad Central²⁵⁷.

Una vez acabados sus estudios de Medicina, el primer destino del que tenemos noticia por parte del Doctor Bohórquez es el de Inspector de Sanidad de Cuenca, plaza que obtiene en virtud del concurso aprobado por Real Orden de 22 de Diciembre de 1.924²⁵⁸. Sin embargo, su paso por Cuenca es anecdótico, pues Zarco se ve obligado a pedir la excedencia de su puesto como

²⁵⁶ Así queda reflejado en el Registro Civil: En la Villa de Ubrique, a las ocho de la noche del día trece de Octubre de 1.887, compareció Don Cristóbal Zarco Negazo, natural de Ubrique, domiciliado en la Calle Real, y declaró que dicho niño nació el día diez del mes de la fecha, a las dos de la mañana en su domicilio, que su oficio es labrador, y su madre es Doña Francisca Bohórquez Gómez, natural de Ubrique. El documento lo firman Don Claudio Reguera León, Abogado y Juez municipal de esa Villa y encargado del Registro Civil de la misma. También lo firma el secretario interino, Don Fermín Sánchez.

APMS. Ficha personal de Zarco.

²⁵⁷ Aprobó en los Exámenes Ordinarios, la asignatura de Análisis Químico correspondiente al curso de Doctorado, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

APMS. Ficha personal de Zarco.

En aquella época los estudios de Medicina constaban de las siguientes partes:

Curso preparatorio: Física General, Química General, Mineralogía y Botánica, Zoología General.

Período de Licenciatura: Anatomía descriptiva, Histología e Histoquímica, Técnica Anatómica, Fisiología humana, Patología General, Terapéutica materia médica y arte de recetar, Anatomía Patológica, Patología Quirúrgica, Patología Médica, Obstetricia, Anatomía Topográfica, Oftalmología, Ginecología, Otorrinolaringología, Higiene con prácticas de bacteriología sanitaria, Medicina Legal y toxicología, Dermatología y Sifiliografía, Urología.

Ejercicio de Grado de Licenciado.

Doctorado: Historia de la Medicina, Análisis Químico, Química Biológica, Antropología, Patología Experimental, Parasitología y Patología Tropical, Hidrología médica, Electrológica y Radiología.

Ejercicio de Grado de Doctor.

APMS. Ficha personal de Zarco.

²⁵⁸ El Subsecretario encargado del Despacho, Martínez Anido, le comunica que S. M. el Rey ha tenido bien nombrarle Inspector de Sanidad de esa provincia, siendo así mismo Oficial de Administración Civil de Primera Clase, con el sueldo de 5.000 pesetas, con fecha de 22 de Diciembre de 1.924.

APMS. Ficha personal de Zarco.

Inspector de Sanidad de Cuenca al trabajar al mismo tiempo en el Hospital Militar de Madrid²⁵⁹. Sabemos que la petición del Doctor Zarco tuvo el visto bueno por parte del Gobernador Civil de Cuenca, aunque es probable que el Subsecretario del Ministerio de Gobernación le pidiese su opinión antes de tomar una resolución²⁶⁰. Zarco obtuvo una respuesta favorable del Gobernador Civil y en pocos días se accedió a concederle dicha excedencia²⁶¹.

²⁵⁹ La toma de posesión del destino como Inspector de Sanidad de Cuenca tuvo lugar el 7 de Enero de 1.925. No obstante, dos días más tarde el Doctor Zarco escribe la siguiente petición: "Don Pedro Zarco, Inspector de Sanidad de la provincia de Cuenca, y Capitán Médico de S. M. con destino en el Hospital Militar de Urgencias de Madrid a V. E. respetuosamente expone: que no siendo compatible su destino militar con el de Inspector de Sanidad de esta provincia para el que ha sido nombrado por Real Orden de 22 de Diciembre del año pasado, y que actualmente desempeña; súplica se digne concederle la excedencia en el citado cargo a tenor de lo que dispone la base cuarta de la Ley de funcionarios públicos".

Documento firmado en Cuenca, el 9 de Enero de 1.925, por Don Pedro Zarco y remitido al Excelentísimo Subsecretario del Ministerio de Gobernación.

APMS. Ficha personal de Zarco.

²⁶⁰ La respuesta del Gobernador Civil es la siguiente: "no hay inconveniente en que se acceda a la petición del Doctor Zarco, toda vez que la plaza ha de quedar perfectamente servida por el Subdelegado de Medicina de este partido, que ya en otras ocasiones la desempeñó interinamente y con gran acierto".

Documento firmado por el Gobernador Civil de Cuenca, en Cuenca, el 10 de Enero de 1.925.

APMS. Ficha personal de Zarco.

²⁶¹ Se le concede la situación de excedencia voluntaria por un tiempo no menor de un año y no mayor de diez.

El Subsecretario Encargado de Despacho, Martínez Anido, le comunica que S. M., accede a lo solicitado, de conformidad con el Artículo 41 del Reglamento de 7 de Septiembre de 1.918, dictado para la aplicación de la Ley de bases de 22 de Julio del mismo año, por Real Orden de 16 de Enero de 1.925. Tres días más tarde, el Doctor Zarco conseguiría el cese como Inspector de Sanidad de Cuenca.

APMS. Ficha personal de Zarco.



Fig. 4.

Llama la atención la juventud de Zarco, pues con veintisiete años es llamado a ocupar cargos de gran responsabilidad. Ya hemos comentado con ocasión de la trayectoria profesional de alguno de los otros médicos que se incorporaron al Hospital del Rey, la tendencia habitual que tenían muchos de los sanitarios de la época por presentarse a diversas oposiciones.

Prácticamente al mismo tiempo que se presentaba a las oposiciones de Inspector Provincial de Sanidad, debió realizar las oposiciones para incorporarse al Hospital del Rey. Así, el 9 de Noviembre de 1.924 escribe la siguiente carta:

“Don Pedro Zarco, Licenciado en Medicina, Capitán Médico de Sanidad Militar, en servicio activo, Inspector Provincial de Sanidad, en expectación de destino, respetuosamente expone: que desea tomar parte en el Concurso-Oposición anunciado en la Gaceta de Madrid el 19 de Noviembre pasado para proveer las plazas de Médicos del Hospital del Rey, y reuniendo las circunstancias que se acreditan en la adjunta hoja de servicios Médico-militares en relación con el artículo 9 de el Reglamento de convocatorias, súplica que quede admitido en el mencionado concurso-oposición”²⁶².

Sabemos que en dichas oposiciones había dos plazas de Médico de Guardia, una plaza de Jefe de Clínica, y una plaza de Director Médico. Esta última queda en primera instancia desierta. Meses más tarde la ganará el Doctor Tapia, en pugna con el Doctor Salamanca. Por lo tanto, el Doctor Zarco, al obtener la plaza de Jefe de Clínica del Hospital del Rey, es el primer Director en funciones de dicha institución, al menos durante varios meses. Esto ocurre el 11 de Marzo de 1.925²⁶³. La plaza del Hospital del Rey iba unida a la pertenencia al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Así, el 16 de Enero de 1.931, el Doctor Zarco figura como Jefe de Negociado de Segunda Clase²⁶⁴.

Años más tarde, al igual que Torres Gost, Zarco se presentó a las oposiciones para sanatorios y Dispensarios del extinguido Real Patronato de Lucha Antituberculosa de España. La experiencia de estos médicos que llevaban ya varios años trabajando en el Hospital del Rey, obtiene sus frutos: Zarco logrará ser el Director del Sanatorio de Valdelatas. Torres Gost será por su parte el Director del Sanatorio de Húmera. Ambos harán compatible este cargo con su permanencia en el Hospital del Rey. Esto ocurre en el año de 1.931²⁶⁵. Ya hemos hablado en otro momento que este tipo de nombramientos, aunque aumentaba el prestigio de una Institución como

²⁶² APMS. Ficha personal de Zarco.

²⁶³ El 25 de Marzo de 1.925 le comunica el Subsecretario Encargado de Despacho, Martínez Anido, que a propuesta del Tribunal que ha juzgado los ejercicios del concurso-oposición convocado por Real Orden de 5 de Octubre de 1.924, S. M. ha tenido bien nombrarle Médico Jefe de Clínica del Hospital del Rey de Chamartín de la Rosa, con la gratificación anual de 6.00 pesetas con cargo al Capítulo tercero, artículos sexto, partida segunda, del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁶⁴ Nombramiento realizado con arreglo al Reglamento de Personal de la Dirección General de Sanidad, aprobado por Real Orden de 8 de Julio de 1.930.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁶⁵ El Ministerio de Gobernación le comunica que: de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección General de Sanidad, ha tenido bien nombrarle Director del Sanatorio de Valdelatas, con la gratificación anual de 8.000 pesetas, que percibirá con cargo a los fondos del Extinguido Real Patronato de Lucha Antituberculosa de España, hasta que dicha plaza tenga consignación en los presupuestos del Estado, con efectividad de 1 de Noviembre de 1.931, en virtud del derecho que le ha sido reconocido en el concurso-oposición convocado el 21 de Mayo de 1.931. Documento firmado por Sadí de Buen, y dirigido también al Sr. Jefe de la Sección del Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Zarco.

el Hospital del Rey y sus profesionales, también mermaba de algún modo el tiempo que estos médicos podían dedicar en los Pabellones en los que atendían enfermos. Además, también hubo problemas administrativos para compatibilizar ambos cargos, por lo menos en cuanto al salario se refiere²⁶⁶. A pesar de todas estas circunstancias, no hubo necesidad de renunciar a ninguno de los dos cargos.

En cuanto a la labor docente del Doctor Zarco, en 1.931 ya figura como profesor Agregado de la Escuela Nacional de Sanidad, con la gratificación anual de 2.500 pesetas. Asimismo, en 1.933 se le nombra profesor Encargado de explicar la Especialidad de Peste durante ese curso en la Escuela de Nacional de Sanidad, con derecho al percibo de 100 pesetas por lección explicada²⁶⁷. Con el paso de los años, se produce sucesivos ascensos dentro del Cuerpo Nacional de Sanidad. Así, en 1.934, se le promueve a la categoría de Jefe de Negociado de Primera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, con efectividad de 23 de Octubre, quedando confirmado como Jefe Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas²⁶⁸.

Como ya hemos comentado en el caso de otros médicos del Hospital del Rey, la llegada de la Guerra Civil supuso un serio desbarajuste personal y profesional. El Hospital del Rey estaba alejado del núcleo urbano de Madrid, y no es difícil imaginar que en las primeras semanas del conflicto la zozobra y los peligros creados por los comités revolucionarios abundasen en una institución como la nuestra.

En el caso de Zarco, como veremos más adelante, el comienzo de la Guerra Civil, desafortunadamente le sorprendió en medio de unos días de vacaciones con su familia en un pueblo de Santander. Probablemente, la lejanía de Madrid le impidió volver y reincorporarse a su

²⁶⁶ En cuanto a la compatibilidad de cargos en el Hospital del Rey y el Sanatorio de Valdelatas, el siguiente documento parece denegarlos por lo menos el lo que se refiere a sueldo: Don Pedro Zarco Bohórquez, Director del Sanatorio de Valdelatas, nombrado para el mismo con la gratificación anual de 8.000 pesetas, declaraba bajo su responsabilidad que percibe en concepto de profesor Agregado de la Escuela Nacional de Sanidad la gratificación de 2.500 pesetas anuales, que está pendiente de que la Superioridad acuerde el cese en el cargo de Jefe de Clínica del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, en el que tiene asignada la gratificación de 7.000 pesetas, como Jefe de Negociado de Segunda Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, y finalmente que, con cargo a los presupuestos del Estado, percibe el haber pasivo correspondiente de Comandante Médico retirado. Documento firmado en Valdelatas el 19 de Noviembre de 1.931 por Don Pedro Zarco Bohórquez, y dirigido al Director General de Sanidad. Insistimos en que dicho cese no llegó producirse y el Doctor Zarco hizo compatibles ambos cargos.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁶⁷ Este último nombramiento está firmado por Pascua, de la Dirección General de Sanidad, el 28 de Febrero de 1.933, de acuerdo con lo propuesto por la Junta Rectora de la Escuela Nacional de Sanidad y lo preceptuado en el artículo 17 del Reglamento de la misma.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁶⁸ Nombramiento firmado por Bermejillo en Madrid el 30 de Noviembre de 1.934, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo tercero, del Reglamento de personal Sanitario de 8 de Julio de 1930, con el haber anual de 8.000 pesetas que percibirá a cargo del capítulo primero, artículo primero, Agrupación tercera, concepto único, sección novena, subsección segunda del Presupuesto vigente, en vacante producida por ascenso de Don Manuel Tapia Martínez.

APHR. Ficha personal de Zarco.

trabajo. Esta ausencia del trabajo le acarreó la suspensión temporal en el cargo. Lógicamente, durante los años de la Guerra si había algún tipo de profesión absolutamente necesaria fue la de los sanitarios, de la cual hubiera sido un auténtico lujo prescindir. Por este motivo, pocos meses después, consta que el Gobierno Republicano le rehabilitó para el cargo²⁶⁹.

Sin embargo, sabemos que, en 1.938, aparece ya Zarco en el Bando Nacional. ¿Qué es lo que había sucedido? Como en otras ocasiones, aprovechamos el proceso de revisión de su expediente personal y profesional²⁷⁰ que se le incoó en Zona Nacional, pues estos procesos nos son muy útiles desde el punto de poder obtener datos biográficos sobre el interesado. En este caso, podemos seguir las propias declaraciones de Zarco, al inicio de dicho proceso:

“A continuación paso a detallar mi actuación desde el 18 de Julio de 1.936. El 18 de Julio, me encontraba en el pueblo de Suriezo, donde había llegado procedente de Madrid, el día 13 del mismo con permiso de diez días. No pudiendo regresar a mi destino, y cumpliendo órdenes de la Dirección General de Sanidad, hice mi presentación en la Inspección de Sanidad en Santander el 24 de Julio. Regresé el mismo día al pueblo y permanecí en él hasta el 29 de Agosto en que recibí Orden de la Inspección Provincial de Sanidad de hacerme cargo interinamente de la Dirección del Sanatorio Marítimo de Pedrosa incorporándome seguidamente a dicho servicio, y permaneciendo en él hasta el momento de su liberación”²⁷¹.

Es decir, el Gobierno de la República, aprovecha la presencia de un médico de la categoría de Zarco en Santander, y lo nombra Director interino del Sanatorio Marítimo de Pedrosa, donde permanece hasta que Santander es ocupada por los nacionales. En la declaración inicial del proceso, Zarco realiza una sucinta biografía²⁷². De estos datos, podemos deducir como en el

²⁶⁹ Una vez comenzada la Guerra el Doctor Zarco recibió la siguiente misiva: "este ministerio, en uso de las facultades que le confiere el apartado del Artículo del Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros de 27 de Septiembre de 1936, publicado en la Gaceta de 28, ha tenido a bien declarar a usted, reintegrado al servicio activo con pleno reconocimiento de derechos".

Documento firmado en Valencia, el 31 de Julio de 1.937 por Planelles del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷⁰ Proceso de depuración de la conducta moral y política-social de Don Pedro Zarco Bohórquez con residencia actual en Ubrique, Cádiz.

Desde Burgos, el 14 de Julio de 1.938, se nombra Juez Instructor del Expediente a Don Gerardo Clavero del Campo, Inspector Provincial de Sanidad. El Secretario fue Don Manuel Ramallo Rodríguez, Funcionario Administrativo de Sanidad. Nombramiento realizado por el Subsecretario del Servicio Nacional de Sanidad, Don José Palanca.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷¹ APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷² Lo primero que se procedió a hacer fue tomar declaración a D. Pedro Zarco:

“Natural de Cádiz, Ubrique, de 50 años de edad, casado, con residencia actual en el Sanatorio de Pedrosa, Santander, y estando en el mismo desde el 31 de Agosto de 1.936 acompañado por su familia (mujer y tres hijos de nueve, cinco, y tres años de edad respectivamente). Como residencias anteriores, he estado en Madrid desde el año 1.924, hasta el 13 de Julio de 1.936. Anteriormente, estuve en Sevilla y Marruecos, sirviendo en cargos de Sanidad Militar.

caso de Tapia, la altura profesional y científica de la figura de Zarco. También se deja entrever las críticas circunstancias por las que debió pasar Zarco y su familia en los comienzos del Alzamiento Nacional.

De las declaraciones de determinadas personas que conocieron a Zarco siendo Director del Sanatorio Marítimo de Pedrosa, se deduce que su conducta permitió amparar y dar cobijo a numerosos perseguidos²⁷³.

Y no sólo los pacientes, también los médicos del Sanatorio Nacional de Pedrosa declararon positivamente a favor de Zarco²⁷⁴, el cual manifestó en todo momento, una conducta dedicada al

No he estado vinculado a ninguna ideología política, ni a ningún partido político. En cuanto a las asociaciones profesionales a las que he pertenecido, están la Academia Médico Quirúrgica, la Sociedad Española de Tisiología, y la Sociedad de estudios de Tuberculosis. He desempeñado los siguientes cargos profesionales: médico militar, Inspector provincial de sanidad, Jefe de Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas y Director del Sanatorio de Valdelatas, todos los cargos por Oposición. Durante la Guerra, he desempeñado el cargo de Director Interino del Sanatorio marítimo Nacional de Pedrosa, con la actuación que me correspondía como Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional.

Considero mi actuación con respecto a los demás compañeros perseguidos de protección decidida. No formé parte en las filas del Ejército Republicano.

Estando en el pueblo de Suriezo, sufrí persecución por parte de las fuerzas republicanas en Julio de 1.937. La casa en la que residían mis familiares tuvo que ser desalojada después de ser ocupada y desvalijada.

En cuanto al Glorioso Movimiento, me he limitado al cumplimiento de mi deber como Director del Sanatorio de Pedrosa, manteniéndolo en el estado en que fue entregado a las autoridades nacionales.

Las personas que pueden garantizar o servir de referencia a las anteriores manifestaciones son las siguientes: Teniente Coronel Médico Don Francisco Galvares, Director del Hospital de la Cruz Roja de Sevilla, Comandante Médico Don Enrique Monereo, Jefe de Sanidad Militar de Santander, el personal del Sanatorio Marítimo Nacional de Pedrosa y el Personal del Sanatorio de Valdelatas, que se encuentra en la zona liberada”.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷³ El Juez enseguida tomó declaración a las personas citadas por Don Pedro Zarco. El primero de ellos es el testimonio de Don Francisco Galvares y Díez de la Lama: "conozco al Comandante Médico, Don Pedro Zarco, desde hace muchos años, cuando al salir de la Academia como Teniente Médico, fue destinado a prestar el servicio de Guardia en el Hospital Militar de Sevilla en cuya plaza estaba destinado el declarante Capitán Médico entonces. Varios años después fue destinado al laboratorio de Análisis del Hospital Militar de Sevilla y después a Madrid. Tuve con él muy buenas relaciones, siendo Don Pedro completamente apolítico, hizo después varias oposiciones que ganó en brillantes ejercicios. Le sorprendió el Movimiento en Santander, y llegó a ser Director del Sanatorio Marítimo de Pedrosa, donde ha podido defender a sacerdotes, religiosos y personas de orden en aquella casa”.

Documento firmado en Sevilla el 28 de Octubre de 1938, por Don Francisco Galvares y Díez de la Lama, Director del Hospital de la Cruz Roja de Sevilla.

APHR. Ficha personal de Zarco.

-Muchas personas realizaron declaraciones favorables para Don Pedro Zarco a lo largo del Juicio. Así varias enfermeras de Pedrosa confirmaron que el Doctor Zarco evitó que individuos de la FAI sacaran enfermos del Sanatorio por motivos políticos.

APHR. Ficha personal de Zarco.

-En la misma línea se manifiestan las Monjas mercedarias de la Caridad del Hospital Asilo de Almendralejo, donde el Doctor Zarco debió prestar servicios sanitarios por algún tiempo.

APHR. Ficha personal de Zarco.

-Hay testimonios variadísimos de enfermos de ideología de derechas protegidos por el Doctor Zarco en el Sanatorio de Pedrosa, dando testimonio de su buena conducta durante la Guerra Civil. En concreto, Don Manuel Rodríguez García, de 26 años de edad, soltero, estudiante de sexto curso de Medicina, militante de Falange Española, prófugo de las filas republicanas, declara: "primero me permitió ingresar como Médico de Guardia designado en el Pabellón María Luisa del Sanatorio, y más tarde fui incluido en la lista de enfermos hospitalizados”.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷⁴ Testimonio de Don Aúreo Gutiérrez Churruca, Médico Radiólogo del Sanatorio Nacional de Pedrosa, firmado en Santander el 1 de Marzo de 1.939.

APHR. Ficha personal de Zarco.

cuidado de los enfermos acogidos en dicho Sanatorio, a pesar de padecer una grave afección de pulmón de la que empeoró por negarse a guardar cama y seguir desempeñando su cargo.

A la vista de estas declaraciones, cuando los nacionales entran en Santander, Zarco siguió siendo ocupando la Dirección de la Clínica Militar de Infecciosos de Pedrosa o Sanatorio Marítimo de Pedrosa²⁷⁵.

Este tipo de procesos de revisión, se prolongaban a menudo más de lo recomendable, con múltiples declaraciones, lo que supondría un gran inconveniente para el interesado, pues de la resolución dependía su reincorporación al mundo laboral. Muchas veces, los jueces instructores del proceso se perdían en larguísimas cavilaciones²⁷⁶, retrasando durante meses las decisiones.

²⁷⁵ Al clausurarse esta institución fue designado Director del Campo de Hospitales Militares del Sardinero (Auxiliar primero y segundo), constando en documentos que actuó con máximo patriotismo, celo y lealtad.

Documento firmado en Santander el 6 de Noviembre de 1.938, por Don Enrique Monereo, Jefe de Sanidad Militar. APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷⁶El Juez Instructor del caso, realiza una larga exposición final antes de tomar una decisión en cuanto al expediente del Doctor Bohórquez:

“Encargado de la formación de expediente para depurar la conducta moral, social y política de Don Pedro Zarco Bohórquez, en relación con el Glorioso Movimiento Nacional, he procurado recoger al máximo los elementos de Juicio para conseguir una visión todo lo objetiva que requiere la trascendencia de la misión encomendada procurando al mismo tiempo prescindir de la que tenía formada sobre la conducta del Señor Zarco, la cual me era en gran parte conocida por haber sufrido con él la dominación roja de Santander. Se han recogido en este expediente, numerosas declaraciones de distintas personalidades, unas citadas por el Doctor Zarco en su declaración jurada, y otras por iniciativa del informante. Figuran en él las declaraciones de todo el personal de quien ha sido posible recogerlas de los Sanatorios Antituberculosos de Valdelatas, y Marítimo Nacional de Pedrosa en los cuales ha trabajado el Doctor Zarco antes y durante la Guerra. Con excepción de los informes de la Jefatura Provincial de Falange Española Tradicionalista y de las JONS de Santander, Colegio Oficial de Médicos de Santander y de Sor Cándida Acedo del Hospital de Valdelatas, todos los demás son altamente favorables para el Doctor Zarco, pues no se limitan a encomiar su conducta general sino que estiman que se trata de una persona de orden extraordinariamente competente y trabajadora protectora de personas adictas al Glorioso Movimiento Nacional, y sobre todo disconforme, no sólo platónicamente, sino de modo práctico con el sectarismo antirreligioso. En la Declaración de la Jefatura Provincial de Falange sin un carácter afirmativo, sino manifestando exclusivamente que “se dice”, aparece la manifestación de que hacía propaganda comunista en el propio Sanatorio. Esta afirmación se encuentra desmentida totalmente por la declaración directa de todo el personal del Sanatorio tanto Médico como Auxiliar, Señorita Dolores Anguiano, enfermera, Adela Crespo, María Segunda Fernández, Rosario Díaz, Luisa Amarante, Carmen López, etc. También queda desvirtuada la citada afirmación con el informe del Colegio Oficial de Médicos de Santander, en el que se manifiesta que a pesar de su ideología izquierdista observó una conducta correcta, aclarándose en el propio informe de la Delegación Provincial de Sanidad de Falange que era una buena persona. Si el Señor Zarco hubiera hecho propaganda roja-comunista en el Sanatorio de Pedrosa, no podría modo alguno ser calificado ni de buena persona, ni de tener conducta correcta. En la declaración de Sor Cándida Acedo procedente del Sanatorio de Valdelatas, se manifiesta una tendencia izquierdista del Doctor Zarco, favoreciendo personas de izquierdas. En contra de estas manifestaciones, están los informes de todo el resto del personal cuya existencia en la zona liderada nos ha sido conocida. Se señala en dichas declaraciones una conducta ejemplar de Zarco y una protección significada al tornó religioso de la Institución, tanto en el culto como a algunos de sus sacerdotes (reverendo padre Montón). Descontada a juicio del que suscribe, la conducta moral y social favorable del expedientado, parece dejar en sospecha más o menos veladamente en algunas declaraciones el carácter izquierdista del interesado. El Instructor queda un poco suspenso al tocar este extremo ya que su sagacidad no puede penetrar una cuestión tan íntima, más puesto a enjuiciar exclusivamente conductas y ateniéndose a lo que este expediente se deduce tiene que afirmar. Así pues, el Doctor Zarco aparece como enemigo activo del sectarismo anticatólico, protector del culto, demostrando su auxilio a personas perseguidas por su adhesión al Movimiento Nacional, sufriendo persecuciones en sus familiares íntimos e incluso en sus intereses, auxiliando decididamente a algunas de sus enfermeras presas por festejar los triunfos del Movimiento, oyendo al parecer complacido la radio Nacional, y por último mostrando, en sus conversaciones con el que suscribe, su complacencia por el triunfo del Movimiento Nacional antes de la liberación de Santander. Estos extremos unidos al carácter de moralidad, competencia, y laboriosidad que ha manifestado de una forma notoria. Así

Además, con frecuencia durante estos procesos surgían en las declaraciones terceras personas, que también quedaban citadas. En el caso de Zarco, en adición a todas las personas que ya habían declarado, se decidió recoger con carácter supletorio algunas otras declaraciones con objeto de comprobar algún extremo que quedó dudoso en el juicio, sobre todo, en averiguación de la conducta de Zarco con anterioridad al 18 de Julio de 1.936. De todos modos, muchas de estas diligencias no pudieron llevarse cabo por no llegar a conocer el paradero de las personas a quien se requería información. Aunque ya hemos calificado estos procesos de burocráticos e innecesarios, sí que pueden ser caracterizados por su minuciosidad. Puede decirse que la persona encargada de los mismos, en modo alguno tomaba una decisión sin haberse informado exhaustivamente sobre el interesado.

Seguimos obteniendo valioso material biográfico sobre el Doctor Zarco a través de estos documentos: estaba enfermo de tuberculosis durante esos años, padeciendo una tuberculosis crónica que muchas ocasiones puso en peligro su vida. Técnicamente, se le califica de trabajador inteligente, culto y laborioso²⁷⁷.

También es importante hacer constar que de estas manifestaciones se desprenden determinadas circunstancias históricas de los meses previos a la Guerra Civil. Desgraciadamente,

pues creo que su conducta ha sido en todo momento de adhesión al Movimiento”.

Documento firmado en Cádiz, el 20 de Marzo de 1.939, por el Inspector Provincial de Sanidad de Cádiz Don Gerardo Clavero del Campo, Juez Instructor del caso.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷⁷ No obstante, antes de tomar ninguna decisión se decidió consultar con el Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, Don José Palanca, quien respondió del siguiente modo:

“El caso del Doctor Zarco es el siguiente: con anterioridad al Movimiento, ignoro si militaba en algún partido de los del Frente Popular, pero era público y notorio que sus ideas eran izquierdistas y que en el Sanatorio que él dirigía se hacía política extremista. También es notorio que el Doctor Zarco era persona de buenos sentimientos, incapaz de cometer crímenes y que además estaba y está enfermo, padeciendo una tuberculosis crónica que muchas ocasiones por en peligro su vida. Técnicamente, es un trabajador inteligente, culto y laborioso. El Movimiento, cogió al Doctor Zarco en Santander, disfrutando permiso de su cargo oficial como Director del Sanatorio Antituberculoso de Valdelatas, y al marcharse el Doctor González Aguilar, que dirigía el Sanatorio Marítimo Nacional de Pedrosa, fue encargado de su dirección. Parece indudable que su conducta fue correcta y que él mismo se vio inopinadamente molestado por el Frente Popular, con lo cual vino a ser víctima de sus propias predicaciones. Con posterioridad, el Doctor Zarco fue destinado al Ejército en su calidad de Comandante Médico Retirado, y el que suscribe cree sinceramente que está arrepentido de sus anteriores aficiones izquierdistas. Es muy posible, también, que la experiencia sea lo suficiente para que el Doctor Zarco no vuelva a caer en sus antiguas ideas, dadas las consecuencias que para la Nación y para él han tenido, pero siempre quedarán en pie sus ideas anteriores que eran públicas y notorias, y estimo que en caso semejante no conviene al interés público dejar sin sanción de ninguna clase un hecho que a pesar de todo lo que diga el expediente, está en el ánimo de la Clase médica. Por todo lo cual estimo que se debería imponer al menos la primera pena de las especificadas en el artículo 10, de la Ley de 10 de Febrero pasado, o sea el traslado forzoso, con prohibición de solicitar cargos vacantes durante un periodo de uno a cinco años”.

Documento firmado por Don José Palanca, Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, en Burgos el 12 de Mayo de 1.939.

Podemos suponer que Zarco se contagió de Tuberculosis durante su ejercicio como médico en el Pabellón III del Hospital del Rey. El peligro de contagio era evidente para quien estaba en contacto con este tipo de enfermos de forma prolongada durante años. Esto aumentaba el mérito de estos profesionales, pues sólo ellos sabían el peligro al que se enfrentaban conociendo a la perfección la incurabilidad del proceso tuberculoso.

APHR. Ficha personal de Zarco.

se puede comprobar que las divisiones políticas también afectaban a las sociedades científicas y médicas²⁷⁸, espacios donde sólo deberían haber tenido cabida discusiones de carácter profesional y nunca argumentos de otro tipo.

En la parte final del proceso se pasa a formular el correspondiente pliego de cargos, trasladándolo para su respuesta a Zarco. En estos cargos, se le imputaba la sospecha de haber pertenecido a determinadas asociaciones de carácter político contrarias al Movimiento Nacional. Lógicamente, Zarco tiene la oportunidad de responder a cada uno de estos cargos. De la respuesta²⁷⁹ del Doctor Zarco se deduce que al igual que el resto de sus compañeros en el

²⁷⁸“En relación a los informes que se me solicitan sobre Don Pedro Zarco Bohórquez, me creo en el deber de manifestar lo siguiente: Cuando la escisión de la Sociedad de Tisiología, por separarse de la misma los individuos de izquierdas, el Doctor Zarco fue uno de los firmantes del manifiesto de escisión, formando parte de la Sociedad de Estudios de la Tuberculosis, que constituyeron los elementos de izquierdas, dirigidos por Tapia, Carlos Díez, Partearroyo, etc. Hay que hacer constar que el que suscribe habló con el Doctor Zarco para intentar conseguir que no se llevara a efecto tal escisión que en aquel entonces revelaba un marcado matiz político de izquierdas. En las elecciones para la Junta de la Médico-Quirúrgica y el Colegio de Médicos, votaba siempre la candidatura de izquierdas”.

Documento firmado por el Doctor Vallejo Simón, Director del Hospital del Rey, en Madrid el 19 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁷⁹La respuesta del Doctor Zarco al Pliego de Cargos es la siguiente:

“Don Pedro Zarco Bohórquez, Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, en respuesta al pliego de cargos, tiene el honor de exponer lo siguiente.

Al primer Cargo que dice: ser un convencido comunista manifestándose de ideas avanzadas en sus conversaciones y amistades.

Que según ha hecho constar en su declaración jurada, en ninguna época reciente ni remota ha militado en partidos políticos ni ha pertenecido a Asociaciones, Agrupaciones o sectas de dicha tendencia como sería la consecuencia natural de las arraigadas convicciones que se le atribuye. De hecho, así se reconoce en el mismo Cargo que se refiere únicamente a ideas manifestadas en conversaciones entre amistades, de las que habrá podido inferirse en todo caso la simpatía por cuanto representa la aspiración al mejoramiento moral y material de las clases humildes, postulado común de las doctrinas político-sociales tan diferentes y antagónicas como Marxismo y Nacional-sindicalismo, pero parece excesivo, si no mal intencionado, el deducir de quien propugna tan humana aspiración en conversaciones íntimas, una filiación comunista.

Al segundo Cargo que dice: Votar en las elecciones de las Juntas de del Colegio de Médicos de Madrid la Candidatura Izquierdista.

En sus muchos años de Colegiado, nunca tomó parte en votaciones para elección de Junta, por lo que resulta incierta la afirmación comprendida en el cargo. Si frecuentaba los locales del Colegio, debía ser a que en ellos estaba domiciliada la Academia Médico-Quirúrgica, Sociedad de carácter Científico y no gremial a la que concurría semanalmente y cuyo último y actual Presidente, el Doctor Don Víctor Manuel Nogueras y el antecesor, Doctor Don Manuel Arredondo, pueden dar testimonio de que tampoco fue tener relación con dicha Academia el cargo que se formula.

Al tercero que dice: cotizado o entre dar cantidades para el Mundo Obrero durante su destino en el Hospital del Rey e incitar a contribuir al citado periódico.

La aseveración es por lo menos errónea, en el supuesto de que haya podido deducirse del hecho cierto de haber mantenido en la época a que se refiere cordiales relaciones de compañerismo con la Doctora Carmen León que prestaba servicio en el Laboratorio del Hospital y está emparentada con dirigentes del mencionado periódico. A pesar de estas relaciones, que por otra parte eran las mismas que mantenía sin excepción con el resto del personal, nada hay de verdadero en cuanto se dice sobre cotizaciones, entrega de cantidades, ni incitaciones a nadie para que lo hiciera.

Como ampliación de cuanto queda expuesto y por si pudiera contribuir al esclarecimiento de las imputaciones que se me hacen en los anteriores cargos, me creo en el deber de poner en conocimiento de Usted, que después de sobreesido por la Autoridad Militar de la Sexta Región el Sumarísimo que se me instruyó a mi presentación como Comandante Médico retirado en Santander y mientras prestaba servicio en el Ejército Nacional, se me han instruido dos diligencias previas motivadas por denuncia presentada en Santander y Burgos sucesivamente sobre supuestas actividades contrarias al Movimiento Nacional. Ambas terminadas sin responsabilidad por decretos del

Hospital del Rey, mantenía una intensa actividad científica en los años previos a la Guerra Civil perteneciendo y frecuentando sociedades científicas como la Academia Médico-Quirúrgica, a la que asistía de forma semanal. Esto vuelve a poner de manifiesto que los componentes del Hospital del Rey no estaban en modo alguno aislados desde un punto de vista científico, tal y como se podía suponer por la situación de alejamiento del Hospital de la capital. Al contrario, cada uno de ellos estaban imbricados de una forma personal e intensa en la red científica del Madrid de la época. Esto contribuyó a que la actividad asistencial del Hospital del Rey fuera conocida y discutida en todos los ámbitos médicos de importancia de aquel entonces.

Afortunadamente para Zarco, el proceso tuvo su fin en Noviembre de 1.939, imponiéndosele la sanción de traslado forzoso con prohibición de solicitar cargos vacantes durante el periodo de un año²⁸⁰. Posteriormente, se atenuó la sanción y, al final, se le comunicó en nota ministerial la sanción de inhabilitación para puestos de mando o confianza, de conformidad con la Ley de 10 de Febrero de 1.939²⁸¹.

La importancia en nuestro caso es que, tras la Contienda Civil, Zarco quedó imposibilitado para volver a reincorporarse al Hospital del Rey y como Director del Sanatorio de Valdelatas. En 1.941, el Doctor Zarco pasó a encargarse de la Sección de Farmacobiología del Instituto Nacional de Sanidad, en comisión de Servicio, percibiendo los haberes como Jefe de Negociado

Excelentísimo Señor General Jefe de la Sexta Región Militar, con fechas de 5 de mayo de 1.938 y 21 de Junio de 1.939, haciéndose constar en el testimonio librado de la última el siguiente resultado: que la denuncia no sólo no ha sido ratificada, sino que aparecer digne firmada con nombre supuesto. Que de los informes y declaraciones aportadas en estos autos, se desprende que el Comandante Zarco es persona de buenos antecedentes y conducta y afecto al Movimiento Nacional al que ha prestado diversos servicios, etc”.

Documento firmado por Don Pedro Zarco Bohórquez, en Madrid el 5 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁰ “Las últimas diligencias llevadas a cabo dan como resultado unas actividades morales y sociales del Doctor Zarco excelentes, sin embargo aparecen presumibles sus simpatías, antes del Movimiento Nacional, con la ideología de los elementos de Izquierda ya que así se traslucía y derivaba de sus conversaciones, por lo cual estimo que debe ser impuesta al Doctor Zarco la sanción de traslado forzoso con prohibición de solicitar cargos vacantes durante el periodo de un año”.

El Juez Instructor dio por terminado el proceso el 25 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸¹ En este caso se puede comprobar que la decisión que se tomaba en estos juicios era alcanzada a veces sin tener una plena unanimidad. Así, en este caso la decisión tuvo que ser tomada por la Asesoría Jurídica del Ministerio de la Gobernación pues el Juez Instructor entendió que no procedía imponer sanción. El Jefe del Servicio Nacional creyó conveniente imponer el traslado forzoso. Y el Señor Subsecretario ordenó que antes de imponer dicha sanción se practicasen nuevas diligencias de nuevo. Posteriormente, ya el Juez Instructor sí estuvo de acuerdo en imponer sanción.

En resumen, la extensa declaración de la Asesoría Jurídica, tuvo como objeto verificar si la conducta del interesado estaba o no de acuerdo con el Movimiento, que es lo que se concretó en el Decreto de 13 de Septiembre de 1.936 y en la Ley de 10 de Febrero de 1.939. El juicio ya realizado cumplió ampliamente este objetivo, desprendiéndose del mismo que el Doctor Zarco tuvo una leve actuación de tipo izquierdista que merecía ser sancionada. Esta sanción fue la de traslado forzoso con prohibición de solicitar cargos vacantes durante un año, así como la inhabilitación para puestos de mando o confianza.

Documento firmado por el Abogado del Estado, Jefe de la Asesoría Jurídica, en Madrid el 3 de Enero de 1.940.

APHR. Ficha personal de Zarco.

de Primera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional²⁸².

Unos meses más tarde, atendiendo conveniencias del Servicio, el Ministerio dispone que pase a desempeñar, con carácter interino, la plaza vacante de Jefe del Servicio de tuberculosis del Instituto Nacional de Sanidad²⁸³.

Pasados unos años, en Enero de 1943, Zarco cree conveniente volver a solicitar su reincorporación como Director del Sanatorio de Valdelatas²⁸⁴, sin que se mencione si también desea incorporarse a su antigua plaza de Jefe Clínico del Hospital del Rey. Probablemente, considere excesivo solicitar ambas plazas a la vez y opta sólo por la de Valdelatas. En principio, la respuesta de la Administración fue favorable a atender la petición de Zarco, y el Juez Instructor así lo consideró²⁸⁵. Pero no todo podía resultar tan fácil, pues se da la circunstancia de

²⁸² Comunicación de la Dirección General de Sanidad, de fecha 4 de Abril de 1.941, disponiendo sus haberes con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo séptimo, concepto 5º, de la Sección tercera del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Zarco.

-Recordamos los diversos ascensos en la escala del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional por parte del Doctor Zarco: Oficial de Administración de Primera Clase, el 22 de Diciembre de 1.924.

Jefe de Negociado de Segunda Clase, el 10 de Enero de 1.931.

El 30 de Noviembre de 1.934, se le promueve al empleo de Jefe de Negociado de Primera Clase del expresado Cuerpo, con efectividad de 23 de Octubre, en ascenso de escala reglamentaria, permaneciendo en su destino de Jefe Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. (Firmado por Don Manuel Bermejillo Martínez, Subsecretario de Sanidad y Asistencia Pública).

El 23 de Mayo de 1.942 se le asciende a la categoría de Jefe de Administración Civil de tercera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, con el haber de 12.000 pesetas, continuando el destino que actualmente viene desempeñando, como Jefe de Sección Interino del Instituto Nacional de Sanidad. (En virtud de la vacante producida por el pase del titular de la misma al servicio del Patronato Nacional Antituberculoso, y firmado por Don Valentín Galarza Morante, Ministro de la Gobernación).

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸³ Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad, en Madrid el 5 de Noviembre de 1.941, con el haber anual de 9.600 pesetas que por su empleo, como Jefe de Negociado de Primera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, le corresponden. APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁴ En Enero de 1.943, Don Pedro Zarco Bohórquez, Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional y de la Lucha Antituberculosa redactó el siguiente escrito:

“que con fecha 31 de Enero de 1.940, le fue comunicada la resolución recaída en el Expediente instruido para sancionar su conducta político-social, por la que se le imponía la de inhabilitación para puestos de mando o confianza. Que por estar considerado como tal, el cargo de Director del Sanatorio de Valdelatas que desempeñaba con anterioridad al Movimiento Nacional y al que había sido promovido por concurso-oposición, no pudo ser reintegrado al mismo, con lo que la sanción efectiva resultaba mayor de lo que indudablemente se proponía la Superioridad al imponérsela. Que habida cuenta de esta circunstancia sin duda no prevista; de las fechas en que fue tramitado el Expediente e impuesta la sanción se justificaban un criterio de severidad distinto al de benevolencia que hoy preside las decisiones ministeriales, al juzgar cargos de la índole de los que le fueron formulados al solicitante; y finalmente que si algo merecedor de sanción había en los referidos cargos, pudiera considerarse reparado en los años transcurridos desde que le fue impuesta, es por lo que, súplica a Vª. Eª. se digne disponer que se considere extinguida la sanción, y se le reintegre a la plenitud de sus derechos en el Cuerpo de Sanidad Nacional y Lucha Antituberculosa. Gracia que espera merecer, firmado por Don Pedro Zarco Bohórquez, en Madrid el 9 de Enero de 1.943, y dirigido al Excelentísimo Señor Ministro de la Gobernación”.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁵ La propuesta del Señor Juez Instructor, fue la siguiente:

“resultando que por Orden Ministerial de 15 de Enero de 1.940, el Excelentísimo Señor Ministro de la Gobernación acordó imponer a Don Pedro Zarco Bohórquez, la sanción de inhabilitación para puestos de mando o confianza, de acuerdo con la Ley de 10 de Febrero de 1.939; resultando que a partir de la expresada fecha el encartado fue separado de su destino de Director del Sanatorio de Valdelatas. Resultando, que daba la calidad de las acusaciones

que la plaza de Director del Sanatorio de Valdelatas estaba ocupada, por lo que la Administración decide retrasar la reincorporación²⁸⁶, alegando que todavía faltaban unos meses para que concluyera la sanción de Zarco que impedía que se hiciese cargo de puestos de responsabilidad. Desgraciadamente, como en todos los casos espinosos, la resolución del asunto se enquistó en manos de la Asesoría Jurídica del Ministerio de la Gobernación. De nada sirvió que Zarco luchase por sus derechos²⁸⁷, porque desafortunadamente, su vida no duró tanto como la del proceso burocrático: falleció el 31 de Julio de 1.943. Evidentemente, se procedió al cierre y Archivo de las actuaciones por no haber lugar a continuarlas²⁸⁸. La tuberculosis, con toda seguridad, fue responsable del fallecimiento²⁸⁹. Posteriormente, su viuda Doña Elena Gutiérrez Arrese formuló una instancia para conseguir su pensión de viudedad²⁹⁰, para lo que fue necesario

deducidas del Expediente, este Ministerio tuvo el criterio de imponer al Doctor Zarco una sanción de carácter leve; considerando, que la circunstancias separarle de su cargo, estando el actualidad sin destino alguno, eleva el carácter de la sanción otro de tipo grave. Considerando, que por otra parte el leve motivo de sanción que resultó de su expediente está sobradamente cumplido con el tiempo de separación del Servicio que el interesado ha experimentado; debo proponer y propongo, le sea reconocido a Don Pedro Zarco Bohórquez, la plenitud de derechos administrativos como Médico de Sanidad Nacional y del Patronato Nacional Antituberculoso, pudiendo, a partir de la presente resolución, otorgársele toda Clase de destinos correspondientes a los Cuerpos a que pertenece”.

Documento firmado por Don Manuel Oñorbe, Juez Instructor, en Madrid, el 29 de Enero de 1.943.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁶ De este modo, se expresa la opinión del Ministerio de la Gobernación, en forma contraria a la decisión del Juez Instructor: “este Ministerio ha resuelto conforme al previsto en el artículo 11 de la Ley de 10 de Febrero de 1.939, considerar como revisado el Expediente de depuración político-social del referido Don Pedro Zarco Bohórquez, ratificando la sanción de inhabilitación para el desempeño de puestos de mando o confianza que en aquel le había sido impuesta, cuyo duración se limita al plazo de tres años y seis meses contados desde el día 31 de Enero de 1.940”.

Documento firmado por el Subsecretario del Ministerio de Gobernación en Madrid el 30 de Enero de 1.943.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁷ Pasados los meses que faltaban para el fin de la sanción, Don Pedro Zarco Bohórquez hizo la siguiente petición de nuevo:

“Excelentísimo Señor, el que suscribe, tiene el honor de manifestar que estando muy próximo el fin de la sanción que le fue impuesta, solicita ser repuesto en el cargo de Director del Sanatorio de Valdelatas que anteriormente desempeñaba”.

Carta firmada en Madrid el 9 de Julio de 1.943, dirigido al Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁸ Documento de cierre del Expediente de Don Pedro Zarco, firmado por el Juez Instructor Don Manuel Oñorbe, en Madrid el 7 de Agosto de 1.943.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁸⁹ Zarco constituye un ejemplo de médico completamente entregado a su profesión como Infectólogo, y como consecuencia de esa entrega se contagia de sus pacientes en varias ocasiones. En estas líneas se menciona la Tuberculosis como probable causa de su fallecimiento. Pero en los primeros años de funcionamiento del Hospital del Rey sufrió el contagio de Escarlatina. Lo describe Torres Gost: “Era una enfermedad sumamente contagiosa, y en muchas ocasiones de una gravedad extrema. Una enferma de Escarlatina contagió al Jefe de Servicio, Pedro Zarco. Una mañana, pasando visita, al llegar al ala izquierda de mujeres encontramos una enfermita con Escarlatina. Después de explorarla el cuello, los infartos ganglionares, el aparato respiratorio y demás exploraciones rutinarias, llegó el momento de verla la garganta. Estábamos los dos inclinados sobre la enferma, teniendo Zarco el depresor de lengua y la lámpara para iluminar el cavum nasofaríngeo. En este preciso momento la enferma tuvo un acceso de tos provocado por la maniobra exploratoria, del que yo me di cuenta y pude retirarme; pero Zarco no se percató con la rapidez precisa y la enferma le tosió en plena cara”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 35-36, 1.975.

²⁹⁰ Su viuda presentó el siguiente certificado.

Del Expediente de Personal de Don Pedro Zarco Bohórquez, resultó el siguiente resumen: “por Orden de 11 de

conjuntar el Patronato Nacional Antituberculoso, con la Dirección General de Sanidad, pues algunos de los Servicios prestados por el Doctor Zarco se hicieron en Instituciones que según la fecha dependieron de una u otra entidad.

2.2.6 D. Antonio María Vallejo de Simón.

Nacido en Valladolid, en 1.894. Estudió en la Universidad Central, realizando el Ejercicio de Grado de Doctor de Medicina con calificación de sobresaliente el 30 de Junio de 1.917²⁹¹, y obteniendo el Título de Licenciado en Medicina el cuatro de Febrero de 1.918. En la documentación consultada consta que en el curso 1.916-17, se matriculó en las asignaturas de Historia de Medicina (Sobresaliente), Análisis Química (Sobresaliente), Química Biológica (Sobresaliente), y Parasitología (Notable).

El joven médico pronto se presenta a sus primeras oposiciones. En el Cuerpo Médico de Sanidad Exterior, aprobará con el número uno las oposiciones convocadas, con fecha de 11 de Diciembre de 1.923²⁹². El destino que se le concede es el de Subdirector de la Estación Sanitaria del Puerto de Santander, como oficial de primera clase con el sueldo de 5.000 pesetas de haber²⁹³.

No obstante, su estancia en Santander será breve si no inexistente, ya que el 7 de Octubre de 1.923 es nombrado Médico Ayudante de la Brigada Sanitaria Provincial de Madrid²⁹⁴. Esta

Marzo de 1.925, fue nombrado jefe de clínica del Hospital del Rey, de Chamartín de la Rosa; en cuyo cargo continuó hasta que por Orden de 5 de Septiembre de 1.931 y en virtud de Concurso-Oposición fue nombrado Director del Sanatorio de Valdelatas, con la gratificación anual de 8.000 pesetas, a percibir con cargo a los fondos del extinguido Real Patronato de Lucha Antituberculosa hasta que dicha plaza tuviera consignación en los presupuestos del Estado; hasta que por Orden de 19 de Abril de 1.932 se dispuso que percibiera el mismo haber con efectividad de Primero del mismo mes, con cargo a los Presupuestos del Estado, siendo confirmado el mismo cargo en aplicación de la Ley de Presupuestos en 24 de Agosto de 1.935. Y que por Orden de 5 de Noviembre de 1.941, fue nombrado Jefe del Servicio de Tuberculosos del Instituto Nacional de Sanidad”.

Certificado firmado el 30 de Octubre de 1.944 en Madrid por Don José Alberto Palanca y Martínez Fortun, Director General de Sanidad.

Para esta pensión se tuvieron que poner de acuerdo el Patronato Nacional Antituberculoso, con la Dirección General de Sanidad, pues algunos de los Servicios prestados por el Doctor Zarco se hicieron en Instituciones que según la fecha dependieron de una u otra entidad.

Por lo tanto, también consta el documento del Patronato Nacional Antituberculoso, firmado por el Director del mismo, Don Antonio Crespo, en Madrid, el 27 de Octubre de 1.944.

APHR. Ficha personal de Zarco.

²⁹¹ APMS. Ficha personal de Vallejo.

²⁹² En dichas oposiciones se le concede la categoría oficial de Primera Clase de Administración Civil, con fecha de 7 de Agosto de 1.924.

APMS. Ficha personal de Vallejo.

²⁹³ El Doctor Vallejo realiza la toma de posesión de dicha plaza el 3 de Noviembre de 1924. La Real Orden del Ministerio es del 7 de Octubre de 1.924.

APMS. Ficha personal de Vallejo.

²⁹⁴El nombramiento se realiza en virtud de Real Orden de 7 de febrero de 1.923.

APMS. Ficha personal de Vallejo.

coincidencia de nombramientos, sólo se explica teniendo cuenta que el Doctor Vallejo se presentara simultáneamente a ambas oposiciones. Ya hemos comentado la misma situación con Zarco, por lo que deducimos que la práctica de presentarse a varias oposiciones a la vez no era infrecuente en los jóvenes médicos (figura 5).



Fig. 5. Antonio Vallejo de Simón. Director del Hospital desde 1939 hasta 1955.

Ante esta situación, Vallejo, no tiene más remedio que pedir la excedencia en el Cuerpo de Sanidad Exterior por incompatibilidad de residencia. De este modo, escribe una carta al Subsecretario de Gobernación pidiéndole dicha Excedencia comunicándole que prestará sus servicios en otra rama del cuerpo de Sanidad²⁹⁵.

Aún así, el Doctor Vallejo no se siente conforme y firma otras oposiciones. Como ya hemos comentado, el rasgo opositor era una las características de los médicos de la época, pero sin duda, existe en el caso de Vallejo una hipertrofia de esta tendencia, reflejando el carácter

²⁹⁵ El 18 de noviembre de 1.924, se le concede el cese en la plaza de Santander, por parte del Inspector General de Sanidad Luquezo. La Excedencia del cuerpo de Sanidad Exterior, de conformidad con el Artículo 41 de la Ley de Funcionarios de 22 de Julio de 1.918, se la concede y firma Martínez Anido, Subsecretario encargado de despacho el 12 de Noviembre de 1.924.
APMS. Ficha personal de Vallejo.

inquieto y poco dado a acomodarse de Vallejo. El 4 de Diciembre de 1.924 dirige una carta al Director General de Sanidad en la que pide ser admitido en las oposiciones para cubrir plaza de Director, Jefe Clínico y médicos Internos del Hospital del Rey²⁹⁶.

Poco después, se llevan a cabo los ejercicios del Concurso-Oposición para cubrir las plazas del futuro Hospital del Rey, convocados por Real Orden de 5 de Octubre de 1.924. Vallejo al aprobar estas oposiciones, obtiene la plaza de Médico Interno²⁹⁷. Anecdóticamente, pide prorrogar quince días el plazo de toma de posesión por no poder hacerlo. Parece ser que se encontraba enfermo²⁹⁸.

La toma de posesión de sus plazas como Médicos Internos la realizan juntos Vallejo y Torres Gost. Corresponde ese día tan señalado al 23 de Abril de 1.925²⁹⁹. Se hacía realidad, por fin, lo que tanto se anhelaba por parte de algunos sanitarios de la época desde hacía años. La categoría de Médico de Guardia del Hospital del Rey iba automáticamente unida a la obtención de un grado dentro del escalafón del Cuerpo Nacional de Sanidad³⁰⁰. Lo normal es que los funcionarios fueran siendo ascendidos dentro del Cuerpo Nacional de Sanidad de forma automática conforme pasaba el tiempo. De esta forma, tres años más tarde, el 16 de Enero de 1.931, obtiene un ascenso en el escalafón del Cuerpo Nacional de Sanidad, nombrándosele Jefe de Negociado de segunda Clase con 7.000 pesetas de haber³⁰¹. El ascenso a Jefe Clínico del Hospital del Rey no nos costa en la documentación revisada. No obstante, en este último nombramiento como Jefe de Negociado de Segunda Clase, ya figura como tal.

²⁹⁶ Entre la documentación aportada a dichas oposiciones el Doctor Vallejo certifica que no está sujeto a proceso Judicial alguno y que no ha sido expulsado de ningún Cuerpo del Estado. Asimismo, hace constar que no tiene ningún Registro de penados. Su Certificado de Salud es firmado por don José María del Corral, Catedrático de Medicina, y Médico con ejercicio en la Corte de Madrid. Documentos aportados el 3 de Diciembre de 1.924.

APMS. Ficha personal de Vallejo.

²⁹⁷ El Subsecretario Encargado de Despacho, Martínez Anido, le hace llegar el Nombramiento: A propuesta del tribunal que ha juzgado los ejercicios del concurso-oposición, su Majestad el Rey, le nombra Médico Interno de Guardia del Hospital del Rey, con 5000 pesetas de haber. Fechado el 25 de Marzo de 1.925.

APMS. Ficha personal de Vallejo.

Sabemos que en la primera fase de dichas oposiciones se cubrió la plaza de Jefe Clínico, y la de los Médicos Internos. Sin embargo, quedó sin cubrir la de Director.

²⁹⁸ El 13 de Abril de 1.925, se le concede la prórroga de plazo procesorio, con arreglo al último párrafo del artículo 18 del Reglamento de 7 de Septiembre de 1.918.

APMS. Ficha personal de Vallejo.

²⁹⁹ Firma la toma de posesión el Director interino Don Pedro Zarco.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰⁰ Este nuevo puesto, al Doctor Vallejo, le supone el ser promovido a Jefe de Negociado de tercera Clase de Administración Civil con el sueldo de 6.000 pesetas (Real Orden de 12 de Julio de 1.928).

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰¹ Se nos escapan los motivos pero sabemos que el Doctor Vallejo pidió en 1.931 que sus haberes le fuesen abonados en concepto de Gratificación en vez de Sueldo. No debía ser un asunto nimio, pues se le concede el cambio mediante una Real Orden fechada el 27 de marzo de 1.931. Poco más tarde, de una forma también misteriosa, vuelve a pedir sus haberes como sueldo por haber cesado las causas que le llevaron a tal cambio. Se le vuelve a conceder sin problemas mediante la Real Orden de 4 de Noviembre de 1.931.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

Y años más tarde, es promovido a Jefe de Negociado de primera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional el 23 de marzo de 1.935³⁰².

Desde muy pronto se dedica a la labor docente, al igual que otros profesionales del Hospital del Rey. Así, durante el curso de 1.933-34 será Profesor Auxiliar de Epidemiología General y técnicas epidemiológicas de la Escuela Nacional de Sanidad, dentro de la Especialidad de Higiene³⁰³.

Como a todos los profesionales del Hospital, la Guerra Civil le supone un gran impacto personal. En su caso, este evento le supone la separación definitiva de sus cargos con pérdida de todos los derechos³⁰⁴. Suponemos que antes de suceder esto, y desde finales de Julio de 1.936, el Doctor Vallejo debido a sus convicciones políticas debió dejar de aparecer por el Hospital y suspender transitoriamente su actividad asistencial como Médico. El haber hecho lo contrario, le hubiera supuesto un grave peligro para su persona.

No disponemos de información para relatar cuáles fueron los medios por los cuales Vallejo pasó a zona Nacional durante la Guerra Civil. La primera noticia de su paradero, tras el comienzo de la Guerra Civil, es de Enero de 1.937, situando su residencia de modo accidental en Pradoluengo (Burgos); En esta fecha, aparece ya como Jefe de Servicios Sanitarios de la Jefatura de Valladolid³⁰⁵. Un poco más tarde, en Octubre del mismo año, se le nombra Jefe de Sección del Servicio Nacional de Sanidad, con el desempeño de la función de Inspector General de Instituciones Sanitarias con carácter interino³⁰⁶.

Durante los años de la Contienda, era lógico que hubiese frecuentes cambios de destino. Así el Capitán Médico Vallejo, con destino en el Hospital Militar de San José en Burgos, es reclamado en 1.939 para que pueda ausentarse de Burgos y recuperar su destino en el Servicio Sanitario. El 2 de Marzo de 1.937, fue destinado por el Gobierno General a Valladolid como

³⁰² Documento firmado por el Director General Villoria, con el sueldo anual de 8.000 pesetas, como resultado de la vacante producida por el fallecimiento de Don José Yveas Cano.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰³ Nombramiento firmado por Pascua el 5 de febrero de 1.934, percibiendo 100 pesetas por lección explicada, en virtud del concurso convocado el 23 de febrero último, y aprobado por Orden de 16 de febrero de 1.934.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰⁴ En la Gaceta de Agosto de 1.936 y en virtud de lo prevenido en los decretos de la Presidencia del Consejo de Ministros del 21 y 31 de julio último, se le separó definitivamente de sus cargos con pérdida de todos sus derechos.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰⁵ En ese momento, pide el traslado a Guipúzcoa durante un día por motivos familiares, pues su mujer va a dar a luz en breve. Le comunica dicha petición al Gobernador General del Estado Español, el cual se lo concede el día 20 de Julio de 1.938. Documento firmado por el Subsecretario D. José Lorente, Señor Jefe Nacional de Sanidad en Valladolid.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰⁶ El documento tiene fecha de 28 de octubre de 1.928.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

asesor del mencionado Gobierno en los Servicios de Sanidad³⁰⁷.

Al finalizar la Guerra Civil, se le nombra con carácter interino Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, siendo así mismo Jefe de Negociado de primera Clase del Cuerpo de Sanidad. Esta plaza había sido ocupada, también de modo interino, durante la Guerra por el Doctor Torres Gost. Esto fue así debido a la ausencia del Doctor Tapia Martínez³⁰⁸.

Un día después, el 2 de Junio de 1.939, firma una carta como Delegado en Madrid de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad³⁰⁹. En ese momento, el Ministerio de Gobernación continuaba estando en Burgos, y por eso todas las Inspecciones Provinciales de Sanidad, incluida la de Madrid, dependían de la Jefatura Nacional de Burgos. En Madrid, los Servicios Centrales estaban formados por el Servicio de Plaza de España, el Instituto Nacional de Sanidad, el de Farmacobiología y los Servicios de tuberculosis. Esta situación de Delegado dura sólo un mes, pues a finales de Junio del 39, el Servicio Nacional de Sanidad se traslada a Madrid, cesando Vallejo en la Delegación de los Servicios Centrales de Madrid³¹⁰.

El 25 de Octubre de 1.941 se vuelve a confirmar a Vallejo en el cargo de Director del Hospital del Rey, esta vez con plaza en propiedad³¹¹. Suponemos que es en este momento cuando se da ya por definitivo que Tapia no volverá a reincorporarse como Director del Hospital.

Las reestructuraciones efectuadas en todos los organismos oficiales en la posguerra son lógicas y necesarias. Muchas son las ausencias y las plazas por cubrir, y grande es la carencia de personal cualificado. Así, el Ministerio de Gobernación otorga a los funcionarios el derecho de optar por las mismas plazas en las que servían antes del 18 de Julio de 1.936³¹². En el caso del

³⁰⁷ Petición realizada por el Jefe de Servicio Nacional de Sanidad al Coronel Jefe de Sanidad Nacional el 28 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰⁸ Se le comunica el 1 de Junio de 1.939 desde el Ministerio de Gobernación en Burgos. Esto supone su cese como Jefe de sección del Servicio Nacional de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³⁰⁹ Palanca era, en Junio de 1.939, el Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹⁰ Documento fechado en Burgos el 30 de junio de 1.939.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹¹ En uso de las atribuciones que le confiere la Orden de 20 de febrero último, dictada para aplicación del Decreto de 2 de Noviembre de 1.940 y visto el informe emitido por el Tribunal designado por Orden de 17 de Junio próximo-pasado para que procediera al estudio y ordenación de las solicitudes de los aspirantes a destinos calificados de elección en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y anunciados para su provisión, así como de las resultas que se derivasen, en Órdenes de 14 y 22 de Marzo del año curso, y en armonía con lo prevenido en el artículo segundo del Decreto de 16 del actual, este ministerio ha tenido a bien disponer pase usted a desempeñar el cargo de Director del Hospital del Rey, en cuyo destino seguirá percibiendo el haber anual de 9.600 pesetas que le corresponden por su empleo de Jefe de Negociado de primera clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y que se harán efectivas del capítulo primero, artículo primero, grupo séptimo, concepto 5º, sección tercera del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹² Documento fechado el 4 de octubre de 1.939 por el Director General de Sanidad don José Palanca.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

Doctor Vallejo, esta orden no tiene efecto pues era Jefe Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, y ahora ejerce como Director con plaza en propiedad. Pero como ya habíamos comentado al principio, es innato a Vallejo presentarse a múltiples oposiciones, acumulando de esta forma cargos. El hecho de ser director del Hospital del Rey le obliga a pedir la excedencia de su cargo como Jefe de Sección de Análisis del Instituto Nacional de Sanidad, en el cual tenía una antigüedad de 1 de julio de 1.939³¹³.

Dentro de la lista de oposiciones aprobadas por el Doctor Vallejo hay que anotar la de Médico Auxiliar de la Sección de Laboratorio y Autopsias del Hospital de la Princesa³¹⁴. Un poco antes, el once de febrero se traslada a Valladolid en Comisión de Servicio con el fin de informar de la Epidemiología de dicha capital. También es de esa fecha su nombramiento de Profesor Agregado de Cátedra de Patología Médica de tercer curso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid³¹⁵.

En 1.942, es nombrado, en corrida de escalafón, Jefe de Administración Civil de tercera Clase del Cuerpo de Sanidad Nacional con 12.000 pesetas de haber³¹⁶. Y el 5 de Febrero de 1.945, es ascendido a Jefe de Administración Civil de segunda clase del Cuerpo de Sanidad Nacional, con el haber de 13.000 pesetas.

En esos años, la actividad de Vallejo llega a ser incansable. En 1.944, forma parte del Tribunal para juzgar oposiciones a plazas de Médicos Internos Supernumerarios de la Beneficencia Provincial convocadas en el mes de Septiembre. El 9 de Enero de 1.946, se traslada a Barcelona para estudiar la organización del Hospital de Enfermedades Infecciosas de dicha ciudad. En 1.949, pide el reintegro al servicio activo como Jefe de Sección de Institutos Provinciales de Sanidad, concediéndosele y quedando en expectación de destino³¹⁷.

En definitiva, nos encontramos ante una personalidad inquieta y trabajadora hasta la extenuación. No obstante, tal acúmulo de cargos y posiciones es difícil que pudieran compatibilizarse sin un cierto grado de desorden y desatención. Suponemos que algunos de estos cargos serían en cierto modo ostentados de forma honorífica, pudiendo de esta manera seguir

³¹³ El 19 de marzo de 1.940, se le concede la excedencia voluntaria (en conformidad con el Artículo 41, Reglamento del 7 de Septiembre de 1.918, dictado para la aplicación de la ley de bases de 22 de julio de 1.918). Documento firmado por José Lorente de la Dirección General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹⁴ Se le designa por Oposición el 27 de Febrero de 1.941.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹⁵ Nombramiento de Profesor por el Director General de Enseñanzas Superior y Media, en virtud del Artículo 19. Decreto de 27 de Febrero de 1.941.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹⁶ Esto sucede por ascenso de Don Luis Ramón Cajal Fañanas, con fecha de 21 de Septiembre de 1.942. Documento firmado por don Víctor María Cortezo y Collantes, Jefe de los Servicios Centrales.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

como Director en el Hospital del Rey. Sirva como ejemplo de esto el hecho de hasta los últimos años de su vida profesional siguió con nombramientos de diversa índole³¹⁸.

En 1.955 se produjo el fallecimiento de Vallejo, tras una larga enfermedad. Hasta entonces ocupó la plaza de Director del Hospital del Rey³¹⁹.

2.2.7 D. Juan Torres Gost.

Nace en La Puebla (Baleares), el 21 de Septiembre de 1.900³²⁰. Estudió Medicina en la Universidad Central de Madrid.

Poco después de publicarse la convocatoria de la Oposición para cubrir las plazas de Médicos del Hospital del Rey, Torres Gost dirige una carta al Director General de Sanidad, pidiendo ser admitido en dicho Concurso-Oposición³²¹. Después de una intensa preparación, como él mismo relata en su libro sobre el Hospital del Rey³²², Torres Gost obtendrá la plaza de Médico Interno de Guardia del Hospital del Rey³²³ (figura 6).

Al igual que Vallejo, Torres Gost pedirá quince días de prórroga en el plazo otorgado para incorporarse a su plaza en el Hospital del Rey. El motivo será distinto, pues si bien Vallejo estaba enfermo, en su caso, la razón es el estar ausente de Madrid³²⁴.

De acuerdo con su pertenencia al Cuerpo Nacional de Sanidad, los profesionales del Hospital del Rey, con el paso de los años, van alcanzando diversos ascensos en la escala reglamentaria. Así, en 1.928, se confirma a Torres en el cargo de Médico Interno de Guardia del

³¹⁷ Hay que recordar que, con anterioridad, el Doctor Vallejo era Jefe de Sección del Instituto provincial de Madrid

³¹⁸ En 1.953, es nombrado Ayudante de Servicio de la Escuela Nacional de Sanidad, en virtud de la Oposición convocada el 9 de marzo.

El 10 de Agosto de 1.954, se le nombra Médico Jefe Superior del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, confirmándosele como Director del Hospital del Rey.

Documento firmado en San Sebastián, el 10 de Agosto de 1.954 por don Francisco Franco, en conformidad con el Decreto de 30 de marzo de 1951.

APHR. Ficha personal de Vallejo.

³¹⁹ “Vallejo de Simón cayó enfermo. Tenía un Asma Bronquial grave tal vez condicionada por su hábito de gran fumador. Tuvo altibajos en su estado, que le obligaron a pasar temporadas sin salir de casa. La muerte le llegó durante el verano de 1.955, en Pradoluengo, pueblecito de la provincia de Burgos”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 131-132, 1975.

³²⁰ APMS. Ficha personal de Torres Gost.

³²¹ Documento firmado el 12 de Diciembre de 1.924, por D. Juan Torres. El concurso se convocó por Real Orden de 5 de Octubre de 1924.

APMS. Ficha personal de Torres Gost.

³²² TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 23-24, 1975.

³²³ El ejercicio se celebró el 11 de Marzo de 1.925.

Nombramiento de S.M. Rey, con un haber de 5.000 pesetas, que le es comunicado por el Subsecretario encargado de Despacho Martínez Anido.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³²⁴ Permiso concedido por el Subsecretario encargado del Despacho, Martínez Anido, de acuerdo con el artículo 18 del Reglamento de 7 de Septiembre de 1.918.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

Hospital del Rey con la categoría de jefe de Negociado de tercera clase³²⁵. El ascenso a Jefe de Negociado de segunda clase del Cuerpo Nacional de Sanidad se produce en 1931, como consecuencia de la vacante por ascenso de Don José Iveas³²⁶. No sabemos el motivo, pero al igual que Vallejo, Torres Gost, el 17 de Agosto de 1.932, pedirá que sus haberes desean concedidos como indemnización en vez de sueldo³²⁷.

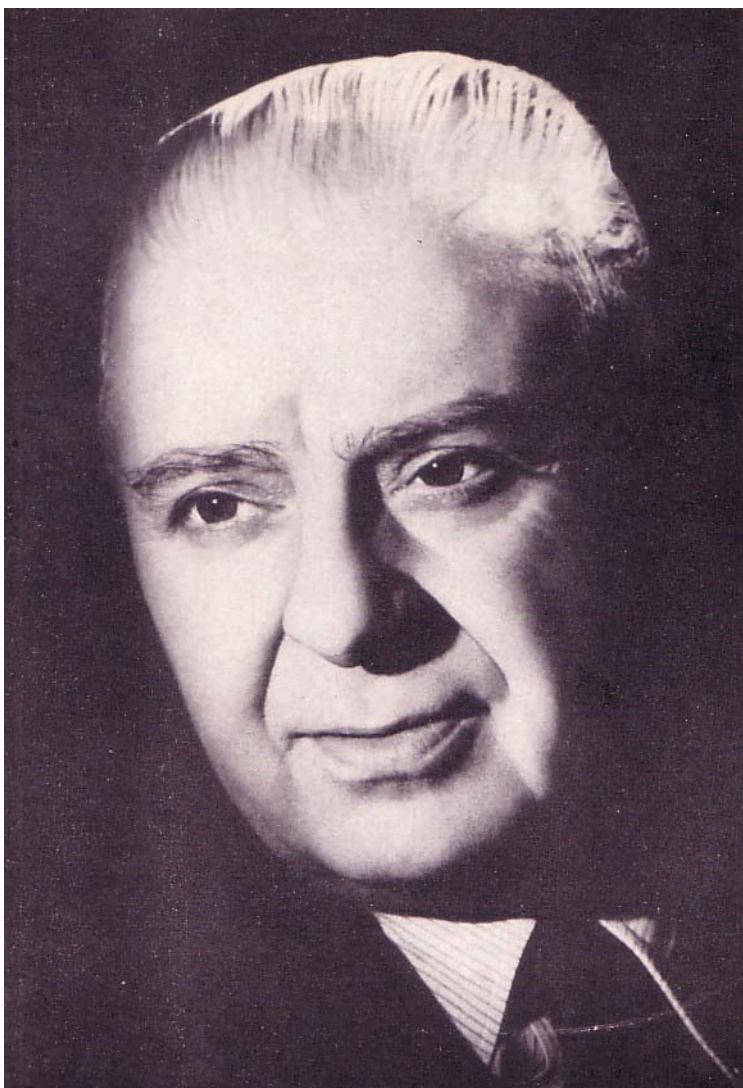


Fig. 6. Juan Torres, Director del Hospital desde 1937-1939 y desde 1955 hasta 1970.

Un momento importante en la vida profesional del Doctor Torres Gost, es su

³²⁵ Nombramiento mediante R.O. de 12 de Julio de 1.928, con el sueldo de 6.000 pesetas.
APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³²⁶ Documento firmado por Pascua, el 27 de Abril de 1.931.
APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³²⁷ Así se lo autoriza don Santiago Casares Quiroga.

nombramiento como Director Médico del Sanatorio de Húmera³²⁸. El Concurso-Oposición para cubrir dicha plaza se convoca el 11 de Diciembre de 1.931. De la actividad del Doctor Torres Gost en el Sanatorio de Húmera, tenemos escasas noticias. No obstante, sabemos, por ejemplo, que en agosto de 1.935, Torres, acompañado de Bartolomé Rotger, Médico Residente del Sanatorio, se traslada a Palma de Mallorca en Comisión de Servicio. Esto viene a probar lo dicho en otras ocasiones con motivo de la atención de los médicos que tuvieron que compatibilizar su labor en varias instituciones de forma simultánea. Es lógico que las horas que podían emplear en el Hospital del Rey se redujeron en muchos casos, pues llevar la Dirección de un Sanatorio como el de Húmera o Valdelatas suponía esfuerzo, previsión y lógicamente, tiempo.

En el terreno docente, hay que destacar su nombramiento como profesor Agregado de la asignatura de Enfermedades Infecciosas y su Clínica, en la Escuela Nacional de Sanidad³²⁹. Un año más tarde, es nombrado profesor Ayudante de la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad³³⁰. Sin embargo este nombramiento, dura poco. El Ministerio le comunica, en 1.937, que ha tenido a bien que quede en situación de excedente forzoso por supresión de la plantilla en el cargo de Profesor Auxiliar de Enfermedades Infecciosas de la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad³³¹. Es evidente que la Guerra Civil no necesitaba muchos profesores. En cambio, durante la Contienda, sí que se mantiene el progresivo ascenso de los sanitarios en el Cuerpo de Sanidad Nacional. Prueba de ello, es que Torres, en corrida de escala reglamentaria, asciende a Jefe de Negociado de Primera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional en 1.937³³². Por lo menos se traduce una cierta normalidad administrativa en el

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³²⁸ Documento firmado por Pascua, el 1 de Abril de 1.932, concedido por un periodo de diez años prorrogables por otros diez, previa vista de los informes de los organismos superiores antituberculosos.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

Coincidiendo en ese mismo período la convocatoria de similares plazas en otros sanatorios similares, como el de Valdelatas. Sabemos que el Gobierno de la República había convocado oposiciones para cubrir las plazas del extinguido Real Patronato de la Lucha contra la Tuberculosis.

³²⁹ Es propuesto por el Presidente de la Escuela Nacional de Sanidad, aprobándose por unanimidad de la Junta Rectora el 26 Mayo de 1.933.

El Ministerio lo nombra para el curso 1.933 con derecho a 100 pesetas por lección impartida el 19 de junio de 1.933, mediante Orden de 16 de junio de 1.933, firmando dicho nombramiento Don Fernando Bejarano.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁰ Para ello, se convocó Concurso-Oposición mediante Orden de fecha 30 de Noviembre de 1.934.

Documento rubricado por Pérez Mateos del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, certificando la toma de posesión Don Gustavo Pittaluga, Director del Instituto.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³¹ Documento firmado por Mestre en Valencia, el 5 de Marzo de 1.937. En conformidad con el Artículo 44, Reglamento de funcionarios de 7 de Septiembre de 1.918.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³² Documento firmado por Mestre en Valencia, el 30 de marzo de 1.937, disponiendo que tenga un haber de 8.000 pesetas. Existe el mismo nombramiento con carácter interino con efectividad de 21 de Noviembre de 1.936 por fallecimiento de Don Lorenzo Ruiz de Arcaute. Orden de 26 de Agosto de 1.936, en la Gaceta de la República publicada el 2 de Noviembre de 1.937. Este nombramiento interino es firmado en Valencia el 20 de Septiembre de

Gobierno de la República durante la Guerra Civil.

En los primeros meses de la Guerra Civil se produce la ausencia del Doctor Tapia, que abandona el Hospital. En estos momentos, todos los médicos del Hospital sufren una gran inestabilidad. El Hospital queda a merced de Comités Revolucionarios y todo aquel que representase la autoridad corría peligro.

Durante varios meses, se nombra un Director de transición, que pronto es llamado a Valencia para ejercer cargos políticos. Por este motivo, ante la falta de titular se nombra³³³ con carácter eventual al Doctor Torres Gost Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas ya que es el único de los Jefes Clínicos del Hospital presentes en ese momento. Este nombramiento no supone otro hecho que el reconocimiento de una situación que de hecho ya se daba en la realidad, pues los pocos médicos que quedaron en el Hospital se apiñaron en torno a Torres Gost y Baquero, por ser dos de las figuras más antiguas y representativas. Con posterioridad, el 28 de Diciembre de 1.937, se le confirma en su cargo de Director, cesando como Jefe Clínico, ejerciendo el cargo no en Comisión, sino con carácter interino³³⁴.

Después de la Guerra, todos estos nombramientos dejan de tener efectividad, y en el caso de Torres Gost, no es raro que tuviese que pasar por el mismo puesto del Escalafón del Cuerpo Nacional de Sanidad por duplicado: primero, nombrado por el Gobierno Republicano, y con el paso de los años, por la Dictadura. Por ejemplo, en 1.939, se le promueve a Jefe de Negociado de Primera Clase³³⁵, en corrida reglamentaria de escala, por la vacante producida por ascenso de Don Tomás Garmendia Landa. Este nombramiento ya se había producido por el gobierno republicano, y por lo tanto suponemos que el nuevo gobierno lo consideró nulo. En este comunicado se le confirma en su plaza de Jefe Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Es decir, también se consideró sin efecto el que hubiese sido nombrado Director interino.

En el caso del Doctor Torres Gost, como en el de otros de sus compañeros, hemos consultado el proceso de revisión de su expediente profesional y personal³³⁶. El principal motivo

1.937 por Planelles.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³³ Nombramiento firmado por Mestre, en Valencia el 31 de Marzo de 1.937. Consejería de Higiene y Profilaxis.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁴ Documento firmado en Barcelona, por Planelles, comunicándole que el interesado dejará de percibir cualquier remuneración u haber que no sean las de su actual destino.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁵ Documento firmado el 27 de Julio de 1.939 por el Subsecretario Lorente y Don José Antonio Palanca. En cumplimiento del decreto de 15 de Junio de 1.939, con el haber de 8,000 pesetas por año.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁶ En Orden de 5 de Agosto de 1.939, es nombrado Don Manuel Oñorbe Juez Instructor para incoar expediente al Doctor Torres Gost, siendo nombrado Secretario Don Enrique Bravo.

para hacerlo es la extracción de los numerosos datos biográficos e históricos que allí están contenidos. La historia de lo sucedido en el Hospital durante la Guerra es muy fragmentaria, y todos los datos de los testigos de este expediente ayudan a reconstruir ese intervalo de tiempo con cierta fiabilidad. En ningún caso, pretendemos sacar conclusiones añadidas a dichos procesos.

Como en la mayor parte de estos procesos, se comenzaba solicitando una nota biográfica en forma de declaración jurada³³⁷, donde se puede observar su situación profesional durante la Contienda. La Guerra Civil, como veremos a continuación, no fue una excepción para Torres Gost, y sufrió gravísimas presiones e incluso persecuciones de tipo personal. En su favor, está el hecho meritorio de haber sabido permanecer en su sitio, permitiendo que con el paso de los meses la calma regresara al Hospital y pudiese ofrecerse, no solo atención médica y sanitaria, sino también protección, cobijo y ayuda humanitaria de todo tipo a quienes sufrían persecución política.

El comienzo de la Guerra le sorprendió a Torres Gost, asistiendo a la celebración de un curso de tuberculosis en Castellón de la Plana. Pudo volver a Madrid³³⁸, encontrándose circunstancias turbulentas y peligrosas hacia su propia persona³³⁹. No sólo peligrosaron las

Documento de apertura del expediente, dado en Madrid a 18 de Octubre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁷ Empezamos reproduciendo la declaración jurada realizada por el Doctor Torres Gost:

Nombre y apellidos: Juan Torres Gost.

Cuerpo o Servicio al que pertenece: Sanidad Nacional y Lucha Antituberculosa.

Categoría administrativa: Jefe de Negociado de Primera Clase.

Situación en que se encontraba y destino que desempeñaba el día 18 de Julio de 1.936: Jefe clínico del Hospital del Rey y Director del Sanatorio de Húmera.

Servicios prestados desde el 18 de julio de 1.936: por corresponderme acepté que la dirección del Hospital del Rey. En ese momento tuve un ascenso de 7.000 a 8.000 pesetas, por antigüedad.

Partidos políticos y entidades sindicales a las que ha estado afiliado: en el año 1.932, estuve unos ocho meses afiliados a Acción republicana, donde no llegué a obtener el carné, dándome de baja a principios de 1.933, mucho antes de llamarse Frente Popular. En Septiembre de 1936, en el Sindicato de Sanidad C. N. T.

Documento firmado en Madrid el 9 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁸ “Cuando empezó el Glorioso Movimiento Nacional, estaba dando comienzo a un curso de Tuberculosis en Castellón de la Plana para médicos. Me hospedé en el Hotel Voramar de Benicasim. Estaba conmigo para ayudarme en el curso el Practicante Germán Hernández, que murió asesinado poco tiempo después. Nos volvimos a Madrid, llegando el día 2 de Agosto de 1.939. Tuve que presentarme en la Dirección General de Sanidad. Después de estudiar las medidas, salí enseguida para el Sanatorio de Húmera, donde había graves problemas. El Sanatorio estaba incautado por el Comité Revolucionario de Pozuelo”.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³³⁹ “En los primeros días de Septiembre, se formó un Comité en el Sanatorio. El resultado de las múltiples asambleas fue la expulsión del Director, salvándome de que pusieran en práctica un procedimiento violento. Desgraciadamente dos días después, estando en la finca de la Escozornera, a la que me llevó el Comité de Pozuelo para asesorarles sobre la posibilidad de establecer un Sanatorio, estuve a punto de ser fusilado debajo de una encina. La llegada providencial de don Francisco Trigo Domínguez, me salvó la vida. De nuevo, pasados unos días, el Doctor Orensanz me avisó de que me sacarían de mi casa para darme "el paseo". Nuevamente, me sacó del apuro Trigo. Viendo el peligro de mi situación, me afilié por entonces al Sindicato Médico de la C. N. T. Presentaron contra mí un pliego de denuncias a la Asamblea de Sanidad establecida en el Instituto Nacional de Higiene (Moncloa). Pocos días después

personas que representaban la autoridad en Hospitales y Sanatorios, sino que los pobres enfermos también fueron objeto de presiones e incluso persecución³⁴⁰.

En medio del caos administrativo, Torres Gost fue suspendido de empleo y sueldo, quedando en una delicadísima situación. Por aquel entonces, tal eran los acontecimientos que Torres Gost siguió trabajando en el Hospital del Rey sin que nadie le llegara a decir nada ya que no salió su suspensión publicada en ningún periódico oficial.

En el Hospital del Rey, el caos aumentó cuando Tapia se ausentó. Es entonces cuando el Gobierno de la República nombra a Jordá como director, iniciándose si cabe una etapa de mayor peligro en el Hospital³⁴¹. Como quiera que la situación del Hospital estaba próxima al Frente de la Ciudad Universitaria, hizo que se convirtiera en un lugar peligroso y quedase relativamente olvidado de intrigas políticas y revolucionarias. De este modo, el recién nombrado Director Jordá, se ausentó yéndose a Valencia. Fue entonces cuando, a través del Gobierno de la República se le ofrece la dirección del Hospital al depuesto Torres Gost³⁴². Para hacerse cargo de la Dirección del Hospital, Torres solicitó poder ser realmente el director, con mando real. Esto se consiguió después de un intenso pulso que se mantuvo con el Comité revolucionario³⁴³. Inmediatamente después, el primer objetivo fueron los pobres enfermos, que ajenos a cualquier tipo de política estaban almacenados como animales en los pabellones, olvidados de cualquier

(O. M. del 19 de Septiembre de 1.936), me trasladaron al Sanatorio de Sierra Espuña; no llegué a tomar posesión porque unos días más tarde era suspendido de sueldo y empleo (O. M. de 22 de Septiembre de 1.936)".

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴⁰ "Poco después, sucedió el siguiente hecho. Un muchacho de 18 años de ideología fascista, enfermo tuberculoso sufrió varios intentos de asesinato por parte de varios milicianos que pretendían sacarle del centro. La firme resistencia que opusimos el Doctor Bartolomé Rotger, el Doctor Francisco Toledo y yo, permitió que se pudiera trasladar al enfermo al Hospital Provincial, salvándole probablemente la vida.

Puedo decir que durante toda mi estancia en el Sanatorio no fue asesinado ningún enfermo ni ningún empleado".

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴¹ "Con la marcha del Doctor Tapia, se encargó Jordá de la Dirección, a la que imprimió un marcado sello personalista, extraordinariamente peligroso para todos los que teníamos que vivir al amparo del Hospital. Comités de empleados, comités de enfermos, desenfreno pujante, peligro creciente para todos los buenos, eran las características de aquellos días. Se sacaron algunos enfermos sin que nadie se enterara".

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴² "La llegada de las tropas nacionales a la Ciudad Universitaria el 7 de Noviembre, hizo huir a mis perseguidores. Poco después se encargaba Trigo de la Delegación de Sanidad en Madrid y el 17 de Noviembre, era repuesto y se me asignaba la dirección del Hospital".

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

En la posguerra consta un documento en el que la Delegación del Estado para la Recuperación de Documentos, certifica que según Orden publicada en la Gaceta de la República de fecha 29 de Diciembre de 1.937, con página 1475, es confirmado como Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, cesando en el cargo de Jefe Clínico del mismo.

Documento firmado en Salamanca, el 25 de Agosto de 1.939, por el Jefe de la Sección don José María Jefaro.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴³ "Un problema esencialísimo era recuperar la Dirección. Pasados tres meses, este asunto se solucionó.

Las reuniones casi diarias con el comité del Hospital me permitió obtener la seguridad con todas las garantías que no se haría ninguna denuncia en forma oficial, o sea partiendo del comité como tal. Los contactos personales se hicieron a través de Aurora Hernández que formaba parte del Comité".

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

cuidado, no ya médico, sino también de tipo humano³⁴⁴. Con el desarrollo de los acontecimientos de la Guerra, las persecuciones se hicieron, si cabe, más intensas, lo que provocó una avalancha de personas que buscaban refugio donde fuera. Los Hospitales sirvieron en muchísimas ocasiones como lugar de cobijo, bajo la connivencia de los profesionales sanitarios, que no dudaban en certificar procesos morbosos³⁴⁵, allí donde sólo había miedo, terror y pánico³⁴⁶.

La clave del éxito, que permitió a Torres Gost mantener una relativa calma en el Hospital, fue lograr formar un cuerpo unido de médicos³⁴⁷ inasequibles al desaliento, y con el único objetivo de ejercer cien por cien como profesionales de la salud, dejando aparte sus ideologías. El Hospital, de este modo, pasó a constituirse en una especie de oasis, donde no sólo los enfermos, sino también los propios médicos se sintieron a salvo durante los caóticos meses vividos en el Madrid de la Guerra. Uno de los principales obstáculos fue los sucesivos intentos de militarizar a los médicos que formaban parte de la plantilla en aquel entonces. El oponerse a ello, costó no pocos disgustos³⁴⁸.

³⁴⁴ “El Hospital se encontraba en una situación caótica. Habían llenado de enfermos tuberculosos el Pabellón V; habían quitado la Capilla para colocar en ella enfermos; se había aumentado el Personal con gentes de aluvión que comprometía seriamente la línea general que debía seguir el Centro. Poco a poco, conseguimos desalojar íntegramente el Pabellón V que estaba instalado pésimamente, así como despedir al personal recién nombrado con las enormes dificultades que ello entrañaba en aquellos momentos”.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴⁵ “Esta labor iba acompañada del asilo de personas que lo necesitaban. Hacia el segundo semestre de 1.937, empieza una nueva fase de actuación de acogida de perseguidos, al haberse decretado la movilización de muchas quintas de soldados. La persecución era imponente. También era la época de los avales. Entre todos los médicos del Hospital, se hicieron todos los avales que se consideró precisos, firmados por Trigo la mayor parte, alguno por José Hernández, practicante de la Enfermería y otros por mí. Creo recordar entre las personas beneficiadas a algún familiar de Sobrini y al redactor Jefe del Debate, Nicolás González Ruiz. En este terreno con la magnífica aportación del Doctor Valdés Lambea, conseguimos abundantes inutilidades totales entre las que recuerdo la del falangista Juan González, y la del franciscano Agustín Nieto, que luego se empleó en el Hospital Nacional, etc. Era el momento de la lucha encarnizada de los republicanos contra lo que se llamaba la "Quinta columna". Tuve relación con el Hospital Francés, en el que pude esconder algún perseguido. Entramos en cárceles a confirmar diagnósticos de presuntos tuberculosos, algunos en grave riesgo por la causa que le seguían sacamos la cárcel a algún preso para que quedara en el Hospital en concepto de detenido. Ayudamos a obtener pasaportes religiosas y otras personas proporcionándoles avales y todo lo preciso”.

Documento firmado en Madrid el 7 de Abril de 1.939, por el Doctor Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴⁶ “Durante el año 1.938, cada quinta que se movilizaba, era un hervidero de demandas de apoyo, y entonces empezaba el juego de los certificados que hacían los médicos del Hospital. En muchas ocasiones intervino el Doctor Baquero, preparando enfermos cuando había que utilizar la Fiebre de Malta”.

Documento firmado en Madrid el 7 de Abril de 1.939, por el Doctor Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴⁷ “El primer problema, por su urgencia era el de la seguridad personal de los médicos, practicantes, enfermeras y empleados que despertaban recelos. Mi primer cuidado fue ponerme en estricta relación de solidaridad con los médicos del Hospital. Esta solidaridad ha permanecido íntegra a través de dos años y medio”.

Documento firmado en Madrid el 7 de Abril de 1.939, por el Doctor Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴⁸ “En el comienzo de la Guerra, fueron militarizados formando Equipo Quirúrgico, López Durán, Tapia y Ortiz. Su estancia en la Sierra duró sólo veinte días aproximadamente, siendo recuperados por la insistencia desde el Hospital. Evitamos en numerosas ocasiones la movilización de mis compañeros médicos obteniendo un documento de la Subsecretaría del Ejército de Tierra que garantizaba sus puestos como insustituibles. A finales de 1.937 apareció un Decreto movilizand a todos los Jefes y Oficiales, ante lo cual no me presenté. En esa época empieza a la actuación

Fue milagroso que la actuación de estos profesionales se pudiera mantener de forma tan prolongada. Fue el cuidado de los enfermos su acicate. Y en muchos casos, no se conformaron con ir pasando, sino que se ocuparon de mejorar determinados aspectos del Hospital, pudiendo afirmarse que el estado material del Hospital había mejorado al fin de la Guerra en comparación con 1.936³⁴⁹.

Como era habitual en este tipo de procesos que tras la Guerra se le abrió, se recabaron declaraciones de personas que habían estado en relación con Torres, y que podían conocerle desde un punto de vista profesional o personal. A continuación, destacamos las que a nuestro parecer son más importantes³⁵⁰. Aunque era práctica habitual consultar a las personas más próximas al entorno del interesado, en esta ocasión, la lista se extiende a casi todo el personal médico del Hospital. De nuevo, de estas abundantes declaraciones se obtiene información biográfica de gran interés histórico.

En algunas, como la que realizó José Tapia Sanz, compañero médico del Hospital, se relatan los peligros por los que pasó Torres al comienzo del verano de 1.936³⁵¹, demostrando que

del S. I. M. que también se infiltró en el Hospital. Procedieron a la detención de María Luisa López Ochoa. Acto seguido, entregué un oficio a la agente encargado del servicio, que motivó mi detención por el S. I. M. a la una de la madrugada. Tuve suerte y me soltaron aquella misma noche. El mismo día detenían a Ortiz por la misma causa. Este último caso pudimos resolverlo en el plazo de dos semanas. No así el de María López”.

Documento firmado en Madrid el 7 de Abril de 1.939, por el Doctor Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

También Torres Gost alude en su declaración al Socorro Colectivo, que era una medida peligrosa y prohibida, por la que se ayudaba económicamente a los sanitarios suspendidos de empleo y sueldo.

“A principios de 1.938, fueron declarados cesantes Don Víctor Cortezo y Don Luis Illera. Ante este hecho, se inició la Organización del Socorro Colectivo en el que participaban todos los sanitarios que quisieran mientras fueran de garantía. De este Socorro se benefició el Doctor Alix que también fue declarado cesante. Asimismo se hicieron determinados donativos al Señor Don Francisco Murillo, que estaba en mala situación”.

Documento firmado en Madrid el 7 de Abril de 1.939, por el Doctor Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁴⁹“Por lo que se refiere al actuación de dentro del Hospital, el criterio ha sido el de conservar el centro en el mejor estado posible. Algunas veces, este criterio no era completamente compartido y el Teniente Coronel Clarós intervino en alguna de las discusiones, compartiendo nuestro criterio. Nuestro intento no fue sólo conservarlo, sino mejorarlo. De hecho, se ha instalado un Pabellón de 200 camas, con mobiliario, comedor, despachos, camas, colchones de lana, tuvo completamente nuevo. Se ha mejorado el Laboratorio con material y Microscopios nuevos, etc. El hecho de tener militares en el Pabellón Quinto, tenía por objeto la mayor facilidad con que se retenía a los médicos evitándoles todas las movilizaciones y poder asilar a los que lo necesitaban tanto civiles como militares”.

Documento firmado en Madrid el 7 de Abril de 1.939, por el Doctor Torres Gost.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵⁰ La Auditoría del Ejército de Ocupación, certificó que en el fichero de procedimientos constaba que el Doctor Torres Gost, fue designado Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con carácter interino. Confróntese, la Gaceta del 29 de Diciembre de 1.937.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵¹ “Conozco al interesado desde hace unos diez años. No he tenido, sin embargo, gran trato con él hasta hace unos cuatro. Ignoró su ideología concretamente antes del Movimiento, no obstante, le he tenido siempre por hombre de orden y ajeno a cualquier actividad política. Le oí comentar condenando al Frente Popular con gran indignación por el asesinato de una persona en la carretera de Pozuelo. Comenzando el Movimiento no estaba en Madrid, sino en Castellón. No pudo precisar cuantos días después de haberse presentado en el Hospital, tuve noticias de que había sido destituido el cargo de Director del Sanatorio Antituberculoso de Húmera y supe que incluso su vida había corrido peligro. Se discutió su caso desde el punto de vista político, profesional e incluso administrativo por una

fue en el Sanatorio de Húmera, donde Torres Gost pasó mayores presiones de tipo político, al ser el Director del mismo. También se detalla la aceptación del cargo de Director Médico del Hospital por parte de Torres Gost, como medio de poder controlarlo y salvarlo del caos reinante durante la Guerra Civil³⁵².

En la misma dirección se cuentan las declaraciones de otros médicos del Hospital³⁵³. Llama la atención la actitud de absoluto apoyo y respeto que se prestaron entre ellos los médicos que trabajaban en el Hospital. De esta manera, toda decisión tomada por el Doctor Torres había estado previamente de forma comentada y discutida por todos sus compañeros. Era la única manera de resistir ante la adversidad: mantenerse unidos. También existen declaraciones favorables de otras personas amigas³⁵⁴ que conocían a Torres e incluso, algunas Instituciones oficiales³⁵⁵.

Asamblea de malhechores. El personal subalterno del Sanatorio de Húmera actuaba de denunciador. Estas noticias las tengo por algunas personas asistentes a la tal Asamblea como el Doctor Rafael Navarro”.

Declaración del Doctor José Tapia Sanz, firmada en Chamartín de la Rosa, el 1 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵² “En Octubre de 1.936, habló conmigo y me expuso sus posibilidades de hacerse cargo de la Dirección del Hospital del Rey me pidió a este respecto mi consejo. Tenía dichas posibilidades gracias al apoyo del Delegado del Ministro republicano de Sanidad en Madrid. Me dijo que el único objeto que le movía a ello era tratar de salvar el Hospital, en aquellos momentos dirigido por Jordá. Pero que únicamente se encargaría de tal Dirección si las personas facultativas que juzgaba de confianza le ofrecían su apoyo (Doctor Sobrini, Doctor Ortiz de Landázuri). Desde que se incorporó a tal cargo, su gestión ha sido intachable. Y siempre, sin excepción, encaminada al bienestar de los enfermos ocultados por él y por nosotros”.

Declaración del Doctor José Tapia Sanz, firmada en Chamartín de la Rosa, el 1 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵³ “Conozco a Juan Torres Gost, desde hace cuatro años, pues ambos éramos médicos del Hospital del Rey. Él como Jefe Clínico, y yo como Médico de guardia. Hemos estado juntos en el mismo Pabellón durante un año.

El nombramiento de Torres como Director, me agradó, pues podría poner fin al régimen de caos que reinaba en el Hospital. Fui consultado por mis compañeros dando mi beneplácito. En cuanto Don Juan Torres, se hizo cargo del Hospital, cambió el ambiente de la casa. Todo cuanto hacía nos lo consultaba, usando como única norma el poder servir a los infinitos perseguidos en Madrid. Él evitó que muchos médicos no tuvieran que incorporarse al Ejército Republicano; desde el Centro se hacían certificados de supuestas Enfermedades; se contribuía al Socorro Blanco; se escondía a detenidos y a prisioneros de guerra con supuestas enfermedades, etc. Parecía a primera vista que se llevaba muy bien con las autoridades gubernamentales. Pero nada más lejos de la realidad, excepto Trigo que desempeñó el puesto de Delegado de Sanidad en Madrid, nadie le distinguía con su afecto. Aparte de la labor hospitalaria, hacía en su casa certificados de inutilidad, inyectaba sustancias para producir infiltraciones pulmonares, etc”.

Declaración del Doctor Enrique Sobrini Hipolit

Documento firmado en Madrid el 10 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵⁴ En 1.939, Don José Huarte Mendicoa, declaraba sobre el expedientado que lo conocía desde hacía más de ocho años, considerándole como persona de orden, y siendo su conducta ejemplar y digno su comportamiento.

Documento firmado el 5 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵⁵ La Dirección General de Seguridad en respuesta a la solicitud de información sobre Don Juan Torres Gost, con domicilio en Madrid, en la calle Viriato, realiza la siguiente declaración: “el informado es persona de derechas y afecto a la Causa Nacional. Se afilió a la C. N. T. después de iniciado el Movimiento. Al principio de la guerra trabajó en Castellón, viniendo luego al Sanatorio de Húmera, en donde quisieron matarle por haber sacado del mismo a dos perseguidos trayéndolos a Madrid y escondiéndolos en el Hospital de la Princesa. Ha sido Director del Hospital del Rey, en donde escondió a mucha gente. Incluso tuvo en su casa escondidos a dos perseguidos armados con un fusil ametrallador. En la actualidad se encuentra en Santander. Carece de antecedentes en los Archivos de esta

De los compañeros del Hospital hubo algunas declaraciones de carácter más frío o neutral. En concreto, las declaraciones del Dr. Vallejo Simón³⁵⁶, se realizan nada más acabar la Guerra, por lo que quizás haya que matizar algún aspecto excusable de las mismas por la falta de perspectiva histórica. En todo caso, en ningún momento se nos habla de falta de profesionalidad, aspecto en el que Torres Gost se muestra intachable.

En definitiva, no sólo se deduce de la mayor parte de estas declaraciones que Torres corrió graves peligros³⁵⁷ durante las primeras semanas de la Contienda, sobre todo en el alejado y solitario Sanatorio de Húmera, sino que queda totalmente demostrado que puso todo su empeño y desvelos en que en el Hospital del Rey hubiese paz, aunque estuviese rodeado de una Guerra Civil³⁵⁸. Por paradojas de la vida, Torres Gost en pocos meses se vio enfrentado a dos Tribunales de signo opuesto: el del Comité Revolucionario del Sanatorio de Húmera y, al finalizar la Guerra, el de revisión de su expediente profesional. Ante el primero de estos tribunales, Torres Gost tuvo que defenderse a vida o muerte, motivo por el cual entregó unos documentos

Dirección General”.

Documento firmado por Don Eduardo Ruda, el 7 de Septiembre de 1.939, a la sazón Director General de la Dirección General de Seguridad del Ministerio de la Gobernación.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵⁶ “Conozco al Dr. Torres Gost desde antes de 1.924. Era algo inconsciente en sus ideas, pues siempre estuvo afecto al que manda. Por los datos de que dispongo era suscriptor del Socialista, perteneció a Izquierda Republicana, votó la candidatura del Frente popular y era afecto a la política de izquierdas. Fue uno de los que firmaron el manifiesto de escisión de la Sociedad Española de Tisiología cuando, por cuestiones políticas, se formó por los de ideología liberal la Sociedad de Estudios de Tuberculosis. Después de las elecciones del 12 de Abril de 1.931, y lamentando la situación de España y la catástrofe a que nos conducía la situación socialista, con gran convencimiento manifestaba su confianza en Casares Quiroga. Respecto a su comportamiento en la zona Republicana, no pudo manifestar nada, pues no he estado en dicha zona durante la guerra”.

Documento firmado en Madrid, el 1 de Agosto de 1.939, por el Director del Hospital del Rey don Antonio María Vallejo Simón.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵⁷ Don Luis Rodríguez Yllera, manifestó: “mis relaciones con él eran muy superficiales, no obstante, sé que en los primeros días del alzamiento corrió serios riesgos de ser detenido y quién sabe si asesinado por los milicianos, pudiéndolo evitar gracias a un aviso oportuno del Doctor Orensanz. Cuando yo fui cesado por los republicanos, acudió inmediatamente a visitarme, lamentando lo ocurrido por si ello podía dar lugar a persecuciones de otra índole. En resumen; me parece el Doctor Torres persona digna y caballerosa”.

Declaración firmada en Madrid a 30 de Octubre de 1.939, por Don Luis Rodríguez Yllera, Jefe de Servicio del INS.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁵⁸ En ese momento, con fecha 25 de Septiembre de 1.939 se realiza la primera propuesta del Instructor: “Vista la información adjunta instruida sobre Don Juan Torres Gost, quien el 18 de Julio de 1.936, desempeñaba los cargos de Jefe Clínico del Hospital del Rey así como, Director del Sanatorio antituberculoso de Húmera y Profesor Auxiliar de la Escuela de Sanidad, considerando que los datos obtenidos sobre su conducta son en todo favorables al interesado, pues en los primeros tiempos fue destituido de su cargo de Director del Sanatorio de Húmera y se encontró en trance de ser asesinado, de lo cual le salvó milagrosamente Don Francisco Trigo Domínguez, persona que siendo Delegado en Madrid del Ministerio de Sanidad, fue el que le llevó al Señor Torres Gost a la Dirección del Hospital Nacional, en cuyo cargo demostró también Don Juan Torres una llamada labor de la Quinta Columna y actuando en una organización clandestina de Falange. Resultando, que en la declaración del Doctor Vallejo Simón, se le acusa de afecto a la política de izquierdas, se precisan actuaciones comprobatorias, pues el actual Director del Hospital del Rey, Dr. Vallejo manifiesta tener unos documentos que obran en su poder”.

Documento firmado por el Juez Instructor, en Madrid, el 25 de Septiembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

probablemente algo abultados o exagerados sobre sus ideas de tipo político³⁵⁹. Posteriormente, al acabar la Guerra, se vio en la obligación de explicar estos documentos. El caso es que su noble actitud durante la Guerra Civil, al mando del Hospital, despejó cualquier sombra de duda. Para ello, se recurrió a personalidades sanitarias de alto rango³⁶⁰ o incluso a Hermanas del Hospital³⁶¹, que no hicieron otra cosa que confirmar este aspecto.

³⁵⁹ Los documentos, que presentó el Doctor Torres en el momento de su expediente en 1.936, ante el Comité de Pozuelo fueron los siguientes:

1. La suscripción con el número 715 al diario de la mañana, El Socialista, del Doctor Torres Gost desde 1 de Enero de 1.932, continuando actualmente y habiendo abonado la suscripción normalmente incluso durante la suspensión gubernativa de este diario.

Documento firmado en Madrid el 14 de septiembre de 1.936, por el administrador de dicho diario.

2. Documento de afiliación del Doctor Torres a la agrupación de Madrid Izquierda Republicana, constando en los ficheros que perteneció a la misma desde su fundación, y procedente del disuelto partido de Acción Republicana, hasta que por Decreto del Ministerio de la Guerra, se prohibió a los militares su intervención en actividades políticas y por lo tanto, el Doctor Torres causó baja a su petición.

Documento firmado por J. Carreño, de la Secretaría de Izquierda Republicana de Madrid el 14 de Septiembre de 1.936.

3. Documento firmado por el Doctor Isidro Morales, en Madrid el 26 de Septiembre de 1.936, que dice así: el que suscribe, Médico, afiliado al Partido Socialista en la Agrupación Madrileña, declarara haber presidido la mesa del colegio electoral en las elecciones del día 16 de Febrero. Y puedo asegurar con toda certeza que el Señor Torres votó la candidatura del Frente Popular. Esto se debe a que comentamos juntos con gran alegría en los días sucesivos nuestro triunfo definitivo. Además, conozco desde hace bastantes años a don Juan Torres Gost, comportándose en nuestra relación particular y con algunos socialistas que viven en nuestra casa como hombre de izquierdas desde siempre. Por todo lo cual mi juicio sincero es que el Doctor Torres Gost es persona a afecta con entusiasmo al Régimen.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶⁰ El Doctor Víctor María Cortezo afirma:

“Conozco al Doctor Torres desde hace muchos años por ser compañeros de Cuerpo, teniéndole desde siempre por persona de orden y buenas ideas. Durante el Movimiento siempre manifestó entusiasmo hacia la zona Nacional. Respecto a su comportamiento, debo manifestar que cuando yo fui destituido y perseguido quedando con mi familia en el mayor abandono, él fue uno de los iniciadores de la inscripción que, en mi favor, hicieron mis compañeros de Cuerpo y gracias a la cual he podido defenderme y defender a mi familia hasta la Liberación”.

Documento firmado en Madrid, el 19 de Octubre de 1.939, por el Doctor Cortezo.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

-El Doctor Francisco Murillo Palacios declaró:

"Conozco al Doctor Torres desde que siendo yo Director de Sanidad, se verificaron las oposiciones para proveer las plazas de Médicos del Hospital del Rey. Al término de estas oposiciones conocí a los cuatro señores que las habían ganado, entre ellos el Señor Torres. Respecto a su actuación después de los sucesos de julio de 1.936, puedo señalar algunos hechos que conocido, parte directamente, y parte por referencias fidedignas. El Doctor Torres, se encontró con la pesadumbre forzada de la Dirección del Hospital del Rey, y en este puesto en lucha contra las organizaciones revolucionarias de dentro y fuera de la casa, que pretendían alzarse con ella, estuvo su vida en peligro más de una vez. Fuera del Hospital del Rey, citaré como eminentemente loable la iniciativa del Señor Torres para la constitución del Socorro Blanco Sanitario, para auxiliar secretamente, a los funcionarios del Cuerpo desposeídos de sus cargos y en situación económica apurada, como me sucedió a mí mismo, que hallándome empobrecido por las persecuciones y pérdidas de intereses, recibí en dos ocasiones generoso socorro de manos del Doctor Torres, sin haberlo solicitado y sin que me uniera a él amistad particular”.

Documento firmado en Madrid, el 22 de Octubre de 1.939, por Don Francisco Murillo Palacios.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶¹ Sor Engracia Echeverría Nagore, afirmó que Don Juan Torres, durante la Revolución, favoreció a la Comunidad, al personal de derechas de la casa, así como también a un considerable número de refugiados perseguidos dándoles hospitalidad. Actuó, según manifestaciones del personal de derechas, muy bien protegiendo a todos los de este ideal; yo misma también he participado de su protección en la acogida que hizo en favor de algunas Hermanas de mi Comunidad refugiándolas en calidad de enfermas de este Hospital.

Documentos firmados por Sor Engracia Echeverría, superiora de la Comunidad del Hospital del Rey, el 19 de Octubre de 1.939, y el 4 de Diciembre de 1.939, respectivamente.

Los datos históricos nos muestran con sorpresa cómo grandes sanitarios de la época pasaron grandes penurias y momentos trágicos durante la Guerra Civil. Afortunadamente, pudieron beneficiarse del Socorro Blanco Sanitario, mediante el cual todos los compañeros que gozaban de medios económicos realizaban de buena fe una aportación económica, siempre de modo absolutamente secreto, pues esta práctica estaba absolutamente prohibida y perseguida. De todos modos, no se puede sacar la falsa conclusión de que sólo los Sanitarios de renombre fueron ayudados, pues numerosos médicos del Hospital recibieron ayudas económicas³⁶².

Por razones de interés histórico, nos interesan las declaraciones de los médicos que estuvieron en el Hospital del Rey durante la Guerra Civil, y que por tanto compartieron aquellas duras jornadas de labor médica junto con el Doctor Torres. En alguna publicación³⁶³, al Hospital del Rey se le ha denominado Hospital de Campaña, expresando de manera gráfica las circunstancias excepcionales por las que pasó esta institución y sus profesionales. Nos parece interesante la declaración de Don Paulino Arbesú, por haber sido Médico del Hospital del Rey y a la vez, Médico-Residente del Sanatorio Antituberculoso de Húmera, teniendo así un conocimiento en dos contextos distintos del Dr. Torres Gost. Arbesú³⁶⁴ desarrolló su labor en el Pabellón III como médico asistente, teniendo como Jefe Clínico desde 1.932 a Torres Gost. De su declaración se deduce que la relación entre un Jefe Clínico y un médico asistente, debía reducirse a lo estrictamente profesional y, en ocasiones, a través de terceras personas, como los Médicos de Guardia. Sólo así se comprende que Paulino Arbesú declare que no conoció a Torres

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶² Uno de los médicos del Hospital del Rey, Don Honorato Vidal Juárez, desde el mes de Septiembre de 1.936, se encontraba en situación de separado del servicio, destinado meses antes en Málaga.

"Cuando regresé a Madrid, fui a casa de Don Juan Torres que me recibió con amistad y compañerismo. Repetidas veces, en que estaba necesitado de alimentos, acudí al Doctor Torres Gost que me recomendó para que me proporcionaran pan. En el mes de Octubre del 38, se presentó en mi casa para llevarme dinero, 1.500 pesetas, ya que llevaba 26 meses sin cobrar mi sueldo. Para resolver problemas en relación con la incorporación al Ejército como soldado, acudí a casa del Dr. Torres con otros amigos y compañeros Veterinarios Militares, separados del Ejército, Sres. Pulido y Domenech, para reconocerlos por rayos X, con el fin de ver se podían alegar exenciones en el reconocimiento militar y ser declarados inútiles".

Declaración realizada en Madrid, el 4 de Noviembre de 1.939, por D. Honorato Vidal.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶³ BAQUERO GIL, Gregorio, *Laboratorio de Retaguardia, Diario de la Guerra en Madrid 1.936-1.939*, Madrid: Ed. La Palma, 1.997.

³⁶⁴ "Conozco al interesado desde principios del Otoño de 1.932.en el verano de 1.934 ingresé en el Sanatorio antituberculoso de Húmera en calidad de Médico-Residente. Con este motivo por un trato más íntimo con el Señor Torres Gost, ya que desde el año 1.932, hasta esa fecha mi relación era muy superficial. Yo trabajaba en el tercer pabellón del Hospital del Rey, de cuyo pabellón era jefe clínico el Señor Torres Gost. Éramos varios los médicos asistentes y nunca se habló de política. Una vez en Húmera, tuve ocasión de conocer a este señor. Él sabía muy bien mis ideas y jamás esto fue motivo de discusión ni del malestar que entonces, con el más mínimo pretexto, se producía entre gente de diversas tendencias. Por aquel verano, frecuentaban mucho el Sanatorio y siempre en compañía del Señor Torres Gost, los diputados de Acción Popular: Don Cándido Casanueva, Don Dimas Madariaga y el Señor Madero".

Documento firmado por Don Paulino Arbesú Arvero, Médico del Hospital del Rey y ex-Médico Residente del Sanatorio Antituberculoso de Húmera, en Madrid el 24 de Enero de 1.940.

de una forma más personal hasta que, dos años más tarde, llegó a ser residente del Sanatorio de Húmera. Probablemente, el carácter voluntario del médico asistente, explique que su relación laboral con el Hospital fuera bastante inconsistente, con lo cual, apenas llegase a establecer relaciones de profundidad con el personal habitual del Hospital, y menos con los Jefes Clínicos.

Don Eduardo Ortiz de Landázuri, uno de los médicos de guardia del Hospital del Rey, convivió en el Hospital los difíciles momentos de la Guerra Civil. En su declaración, en primer lugar, parece transmitirse que la relación de los médicos de los distintos Pabellones dentro del mismo Hospital no era muy intensa, pues él trabajaba en un pabellón distinto al de Torres y apenas se conocían. Se entiende que el funcionamiento de estos pabellones era bastante independiente y que podían pasar a veces las semanas sin que los distintos médicos coincidiesen. De todos modos, no se puede sacar una conclusión general de que el Hospital del Rey estuviera formado por pequeñas unidades totalmente independientes y aisladas unas de las otras. Por otra parte, vuelve a reflejarse la existencia de un grupo de jóvenes médicos que se reúnen en torno a Torres³⁶⁵, creando un núcleo de poder, independiente de todo carácter político, haciéndose con el control de las circunstancias en el Hospital. Y esto se hizo de manera milagrosa, pues funcionó a la perfección, sin que nadie se explique cómo las distintas facciones políticas no intentaron de un modo u otro desbancar a este incontrolado grupo de médicos.

Evidentemente, este grupo de médicos tuvo contactos políticos que les defendieron en los momentos críticos. Uno de estos contactos fue Don Francisco Trigo Domínguez. Esta persona es clave para el buen funcionamiento del Hospital durante el Hospital. Se testifica en numerosas ocasiones que cultivó una gran amistad con Torres Gost, salvándole en numerosas ocasiones de situaciones en las que peligró su vida³⁶⁶. Posteriormente, apoya su candidatura como Director

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶⁵ “Conozco al Dr. Torres desde el año 1.935, en que fui nombrado Médico del Hospital del Rey. Antes del 18 de Julio de 1.936, sólo le había saludado una vez, pues yo tenía mi destino en el Pabellón I y él atendía el Pabellón III del referido Hospital. A partir del 18 de Julio de 1.936, tuve con él una intensa relación. Supe que había sido sometido a proceso y que era juzgado por la Asamblea de Sanidad. Supe que en Húmera era tratado de un modo canallesco. Supe que en aquellos momentos estuvo a punto de ser fusilado. En parecidas condiciones se encontraba en el Hospital del Rey. Por ello cuando a primeros noviembre de 1.936, fui consultado por D. José Tapia sobre la idea de que fuese el Dr. Torres, Director del Hospital, contesté no sólo afirmativamente, sino que fuimos personalmente a ver al Dr. Torres y le animamos. Ello aunque parezca extraño se llevó a cabo por mediación Trigo, a la sazón Jefe de Sanidad y que había salvado al Dr. Torres de la muerte, y en vista del desastre del Hospital, le proponía que fuese Director. Todos los médicos y el personal de orden recibió la noticia con gran júbilo. A partir de aquella fecha hasta la liberación de Madrid su comportamiento ha sido, no sólo nacional sino además heroico. Jamás he conocido a persona alguna que tenga tanta valentía, honradez e inteligencia para poder librar al centro y a cuantas personas conociese que fuesen a pedir algo. No hacía otra cosa que ayudar durante las veinticuatro horas del día, con espíritu de abnegación superior a cualquier adjetivo”.

Declaración realizada en Madrid, el 22 de diciembre de 1.939, por D. Eduardo Ortiz de Landázuri, Médico de Guardia del Hospital del Rey, Médico por oposiciones del Cuerpo de Prisiones, encargado provisionalmente de la Inspección Sanitaria de Prisiones de Madrid.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶⁶ Similar es la declaración de don Alfonso Chic Pérez, enfermero técnico de rayos X, en el Sanatorio de Húmera.

interino del Hospital, y mira hacia otro lado cuando este grupo de médicos comienza a dar cobijo a perseguidos, falsear certificados, etc.

¿Quién es esta persona? Con anterioridad a la Guerra, figura como encargado del sistema de calefacción de la Enfermería Victoria Eugenia³⁶⁷. Pero durante la Guerra, ya figura como Delegado en Madrid del Ministerio de Sanidad del Gobierno de la República. Es desde ese cargo, desde donde ejerce su influencia fundamental para poder proteger el Hospital del Rey. No sabemos cuáles fueron las razones que le movieron exactamente a mantener tal actitud, aunque como ya hemos dicho la amistad es una de ellas. También podemos adivinar que al ser una persona que trabajó durante años en el recinto del Hospital, mantuviese un gran cariño a esta Institución, intentando que durante la Guerra siguiera trabajando como antes. Por último, sabemos que durante la Guerra existen en ambos bandos distintas facciones que luchan por el control de poder, en ocasiones de forma feroz. No es de extrañar que el Señor Trigo quisiera asegurarse el control del poder sobre el Hospital, poniendo en la Dirección una persona de su confianza³⁶⁸. Es pues de vital importancia el momento en el que Trigo logra imponer su criterio,

“Conozco a Don Juan Torres desde el año de 1.933. No recuerdo haber le he oído nunca comentarios de tipo político de ninguna clase. Al volver de Castellón de la Plana, donde estaba al comienzo del Glorioso Movimiento, el Sanatorio estaba ya en poder del Comité de Pozuelo de Alarcón. Dos días después de su llegada, sería el cuatro o cinco de Agosto de 1.936, salvó con grave riesgo de su vida a un enfermo falangista, al que querían asesinar miembros de la F. A. I. Soy testigo presencial de las denuncias y acusaciones hechas al Comité de Pozuelo y al de Sanidad por el personal del Sanatorio, contra el Señor Torres Gost, de las que se salvó milagrosamente con vida gracias a la intervención de Francisco Trigo Domínguez”.

Declaración firmada en Madrid, el 20 de Diciembre de 1.939, por Don Alfonso Chic.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶⁷ Don Antonio Crespo Álvarez, fue Director del Dispensario Antituberculoso del Distrito del Hospital, y también fue elegido entre los declarantes para el juicio. “Conozco a Don Juan Torres Gost, desde hace unos catorce años, aunque mi trato con él ha sido muy superficial, especialmente hasta hace siete años en que hicimos juntos las oposiciones del Dispensario. No hable nunca con él de ideas políticas antes del 18 de Julio de 1936. Me lo presentaron en la clínica del Dr. Simonena, donde era alumno interno (Dr. Simonena, Catedrático; Dr. Corral, Auxiliar; Dr. Vallejo, Profesor Clínico). Tengo entendido, que en las primeras épocas de la Guerra Civil, fue muy perseguido y detenido. Posteriormente, y creo que gracias a la amistad particular que tenía con un tal Trigo, encargado del servicio de la calefacción de la Enfermería de Chamartín, que ocupó altos puestos sanitarios, consiguió verse libre de las persecuciones. Luego, ocupó la Dirección del Hospital del Rey, y creo que también no sé sin carácter interino, la de la Enfermería”.

Documento realizado por D. Antonio Crespo, y firmado en Madrid, el 16 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁶⁸ Queremos dejar constancia de la declaración realizada por la Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S., a través de su Delegado Provincial de Sanidad, Don Eduardo Isla: “Don Juan Torres Gost, fue poco firme en su ideología política, entusiasmándose sucesivamente y de buena fe por diferentes matices políticos. Perteneció al Partido Socialista, después al Frente Popular y posteriormente a la CEDA, no destacándose en ninguno de los partidos. Desde los primeros momentos del Movimiento, fue perseguido y expulsado del Sanatorio de Húmera. Al cambiar el Ministerio Rojo, y siendo Ministro de Sanidad uno de la C. N. T. fue nombrado director del Hospital del Rey en Noviembre de 1.936. A partir esa fecha y en colaboración con los médicos y personal antirrepublicano, colaboró intensamente a favor de la Causa Nacional reteniendo personas perseguidas, falseando documentos para evitar la movilización de otras. Perteneció desde mediados del año 1.937, a la Organización clandestina de F. E. y de las J. O. N. S., cumpliendo las órdenes que fueron transmitidas por la Organización. Fundó un socorro para los médicos de Sanidad Nacional de represaliados que se encontraban en mala situación económica”.

Documento firmado en Madrid el 10 de Noviembre de 1.939, por la Falange Española Tradicionalista.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

convenciendo al Ministerio de Sanidad del Gobierno Republicano de la idoneidad de poner en el cargo a Torres. El poder de defensa de Trigo no impide sin embargo que en determinadas ocasiones el Servicio de Inteligencia Militar (SIM) hiciese registros en el Hospital e incluso detenciones, como la del propio Torres Gost³⁶⁹.

El mantener la Dirección del Hospital del Rey de manera independiente y neutral, le obligó a Torres Gost a practicar un difícil equilibrio político en gran parte de simulación y doble juego. Se trataba de que el Hospital pudiera seguir desarrollando su labor de cobijo y amparo del perseguido, pero a la vez sin llamar la atención y sin disgustar excesivamente a las autoridades. Grandes debieron ser los quebraderos de cabeza de este grupúsculo de médicos. Sin embargo, este doble papel fue mal interpretado años después, sin que existieran razones para ello³⁷⁰. En la parte final de este proceso, una vez realizado el pliego de cargos³⁷¹, tuvo Torres Gost su oportunidad para contestar detalladamente a cada uno de los cargos. Como hemos podido ver, la actuación de Torres en el Hospital del Rey durante la Guerra Civil puede calificarse de intachable, y de estas circunstancias el Juez Instructor no podía tener dudas. El problema surgió

³⁶⁹ Las declaraciones realizadas en este expediente, no sólo se reducen a compañeros médicos; algunos practicantes del Hospital del Rey, como es el caso de Raimundo Fernández Aranda, también tuvieron ocasión de declarar: “Conozco al Dr. Torres Gost desde que ingresé en el Hospital del Rey en Octubre de 1.925. En aquellas fechas el Dr. Torres era Médico de guardia. Jamás hizo manifestaciones ante mí de contenido político. Desde el comienzo de la Guerra, primero fue perseguido por el personal del Sanatorio de Húmera, denunciándole al Comité de Pozuelo y al de Sanidad como fascista, siendo posteriormente destituido. En el Hospital del Rey también tenía muy mal ambiente principio; gracias a Don Francisco Trigo Domínguez, se salvó después de pasar por momentos de mucho peligro. Esa misma persona, al hacerse cargo de la Delegación de Sanidad, le nombró Director del Hospital del Rey (interino), por ser el único Jefe Clínico de dicho centro que había en esta zona. Me consta positivamente que su labor al frente del Hospital del Rey ha consistido en amparar y ayudar a todas las personas afectas al Glorioso Movimiento Nacional, incluso con riesgos que motivaron su detención por el S.I.M”.

Declaración realizada por Don Raimundo Fernández, en Madrid el 20 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁰ La declaración del Sr. D. Jesús Zapata, refleja cierto desencanto personal hacia el Dr. Torres Gost, no obstante habría que colocarla en el contexto de las demás declaraciones, la mayoría de ellas positivas y de afecto hacia el Dr. Torres. Es lógico que dentro del círculo de relaciones personales de un hombre tenga que haber pequeñas aristas, no tanto basadas en datos objetivos, como en el contraste de diferencias de caracteres. “La conducta del Dr. Torres fue siempre bastante ambigua. Su actuación durante la Guerra, parece ser que ha hecho bastantes beneficios a las personas de derechas, si bien es verdad que él personalmente se ha beneficiado en su provecho. Dada la gran amistad que tenía con Francisco Rojo, al mismo tiempo que ayudaba a personas de derechas, también hacía viajes a Valencia utilizando el coche del establecimiento y trayendo víveres en abundancia para su uso personal. En todo esto daba la sensación de que estaba en buenas relaciones con los dirigentes rojos”.

Documento firmado por D. Jesús Zapata, en Madrid el 20 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷¹ Después de todas las diligencias oportunas habiéndose recibido todas las declaraciones, el Juez Instructor, remitió al Dr. Torres Gost, el pliego de cargos que se le formula en el expediente que se le seguía en ese juzgado, con fecha de 16 de Diciembre de 1.939. El Señor Juez Instructor Don Manuel Oñorbe Garbayo, formula a la vista del Expediente, las siguientes acusaciones:

Ser suscriptor de El Socialista, desde Enero de 1.932, y seguir siéndolo en 1.936.

Ser afiliado al Partido de Izquierda Republicana, desde su fundación y procedente del de Acción Republicana, dándose de baja al prohibirse los militares pertenecer a partidos políticos.

Haber votado la Candidatura del Frente Popular en Febrero de 1.936.

“Documento firmado en Madrid, el 16 de Diciembre de 1.939, por el Juez Instructor”.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

al revisarse el Juicio llevado a cabo, al principio de la Guerra, por el Comité Revolucionario de Pozuelo. Allí, Torres se vio enfrentado a unas durísimas acusaciones³⁷² de carácter político³⁷³, por lo que se vio obligado a realizar declaraciones bajo pena de muerte³⁷⁴. Ese es el motivo por el que estas declaraciones tienen que ser valoradas en un contexto muy concreto.

Consideramos de escaso valor histórico las intrincadas argumentaciones del Juez Instructor intentando dilucidar la adscripción política del procesado, así como las respuestas del Doctor Torres, en las que intenta remitirse a hechos biográficos de aquella época³⁷⁵. A través de estas

³⁷² En el Comité de Pozuelo, se presentó un pliego de denuncias contra el Director Torres Gost:

Primero: Llamada de atención al compañero Manolo en Octubre de 1.934.

Segundo: Llamada de atención al compañero Miguel, con arresto a sacar las horas perdidas en días consecutivos hasta completar los ocho días que faltó dicho compañero en la revolución de Octubre.

Tercero: Traer y llevar diputados de Acción Popular y ofrecer delante de ellos a las monjas que les haría una capilla nueva, diciendo que tenía ya presentado presupuesto.

Cuarto: Entregar directamente toda la administración a las monjas, o coaccionar al administrador para que se lo entregase, entregándoles todo el mandato sobre personal del Sanatorio hasta el caso que hubo en aquella ocasión dos despidos de compañeros que fueron a reclamar al Director, contestando que si los perdonaba la Superiora, los perdonaría él, cosa que dichos compañeros no hicieron y quedaron en la calle.

Documento, que con firma ilegible, presentado en Madrid en 1.936.

Como se puede comprobar, este tipo de denuncias son del todo nimias, aunque hay que considerar las peligrosas circunstancias históricas que rodeaban este tipo de Juicios populares.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷³“Nos guía, sólo y exclusivamente, el deseo de que la austeridad, norma del funcionario del Estado, resplandezca. Así, el que suscribe no duda hallarse en el caso de merecer una corrección, siquiera sea por no haber hecho públicos estos hechos anteriormente. Hay, no obstante, que tener en cuenta que los tiempos en que tales hechos han sucedido, no eran a propósito para ello. Primero, son públicas y notorias las andanzas del Señor Torres junto con el Subsecretario Pérez Mateos, después con el Señor García Barreal, también con Verdes Montenegro, y al final con los tres cedistas Señores Villoria, Fernández Hortes, y Bermejillo, perseguidor éste de bastantes funcionarios administrativos por el solo hecho de no pertenecer a la CEDA, causante de tanta irregularidad de tipo administrativo y facultativo como han existido y existen en Sanidad. Bermejillo fue a sugerencia de Torres quien decretó que aunque los administradores de establecimientos tuviesen su confianza para responder del cargo, y la confianza de la Superioridad, los libramientos se expidiesen a nombre de los Directores de los Centros. También fue quien impuso la reposición inmediata de las Hermanas de la Caridad en los mismos con su intervención directa en los asuntos administrativos, etcétera”.

Declaración realizada ante el Comité del Frente Popular de Sanidad por el Administrador del Sanatorio de Húmera Don Julio Díaz Amigo, en Madrid en 1.936.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁴ La contestación a este pliego de cargos la realizó el Dr. Torres Gost, el 22 de Enero de 1.940. "Antes de contestar uno por uno los cargos que resultan de mi expediente que se instruye por la Dirección General de Sanidad, deseo llamar la atención sobre los siguientes extremos: todos los cargos que se me hacen han sido seguidos de un expediente incoado contra mí por los rojos en momentos en que mi vida peligraba extraordinariamente, como consecuencia de graves denuncias hechas a los Comités revolucionarios de entonces. El natural derecho de defensa me obligó a hacer afirmaciones que tienen un valor muy distinto al que pueden tener en la actualidad. Entonces tenía que buscar todo cuanto pudiera ayudarme a salir del grave atolladero en que me encontraba, llegando incluso a la invención, que por cierto de poco me sirvió puesto que a fin fui destituido y me salvé gracias a un hombre que se llama Francisco Trigo Domínguez. Aquellos alegatos recargados en sus matices, constituidos hoy en cargos contra mí, deben ser desvirtuados y creo que a ello contribuye mucho el hecho de haber sido empleados legítima defensa, sin hablar naturalmente de las verdaderas causas e intenciones que los motivaron”.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁵ Uno de los primeros cargos recordaba que el procesado era lector de un periódico de izquierdas.

Primer Cargo: ser suscriptor de El Socialista.

“La contestación es que es cierto. La época turbulenta que se vivía, obligaba a todo espíritu que deseaba estar en contacto con la realidad, a leer todo cuanto se publicaba en todos los campos de la política. Yo procuraba leerlo todo. Por ello, estaba suscrito al periódico revolucionario. Debo señalar que esta suscripción tenía por objeto fundamental evitar tener que comprarlo en la calle, con lo cual no tenía necesidad de hacer ostentación de ello, cosa que

declaraciones, sin embargo, podemos conocer que Torres participó en un proyecto de reforma Nacional de Sanatorios Antituberculosos. Al convertirse en Director del Sanatorio de Húmera, se dio cuenta de la urgente necesidad de reformas que precisaba este tipo de instituciones. Para ello, creó un grupo de trabajo con el arquitecto Javier Fernández Golfín, diseñando lo que debería ser un Sanatorio moderno para Tuberculosos³⁷⁶. El principal problema para sacar adelante el proyecto fue, como siempre, el económico. Es la época en la que Torres se reúne frecuentemente con políticos de distinto signo³⁷⁷, con la finalidad de poder conseguir financiación y apoyo para su proyecto³⁷⁸. Tras largas negociaciones y después de años de trabajo, el proyecto se plasmó en la construcción de un Sanatorio en Salamanca.

En definitiva, y volviendo al proceso de revisión del expediente de Torres, podemos considerarlo una fuente de datos para el estudio del Hospital del Rey cuando se ve envuelto en

ciertamente estuvo un poco de moda en determinados momentos del período prerrevolucionario y fueron muchos los que no supieron eludir al ostentación. Sé positivamente que en instituciones del incontrovertible matiz derechista se han encontrado colecciones completas de tal periódico, prueba clara de que a todos interesaba el momento que se vivía”.

Declaración realizada por D. Juan Torres Gost, en Madrid el 22 de Enero de 1.940.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁶ “En el año 1.932, obtuve por oposición la Dirección del Sanatorio de Húmera en la Lucha Antituberculosa. Ello me hizo conocer la magnitud del problema que había y hay planteado en España. Entonces dediqué todos mis esfuerzos y voluntad al estudio de la solución más práctica y económica, con un sentido nacional conveniente a las necesidades del país. Busqué colaboración sobre todo en el aspecto de la construcción de los centros precisos para ello. Debo citar al arquitecto Javier Fernández Golfín, que murió más tarde por la patria, que fue autor con Adolfo López Durán, del primer proyecto de Sanatorio Regional que presenté en la Dirección General de Sanidad en el año 1.932, gobernando las izquierdas. Presenté asimismo un plan completo económico para dar solución a este gran problema al servicio del cual me consagré íntegramente. Tengo la seguridad que tanto mis ideas como proyectos fueron tomados muy en consideración por los fisiólogos y dirigentes, pero no se hacía nada con ellos”.

Declaración realizada por D. Juan Torres Gost, en Madrid el 22 de Enero de 1.940.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁷ “Con todo, nada progresaba. Algún amigo, me descubrió la especial animadversión que sentía por mí el entonces Director General, Pascua. Asimismo, los recelos que ello despertaba en el ambiente izquierdista por mis antecedentes (procedente de la Escuela del Profesor Simonena; me había achacado parentesco con el Padre Torres, un hermano Sacerdote, etc). Todo eran obstáculos para que yo pudiera tener ascendiente en las altas esferas sanitarias. Fue entonces cuando me hicieron la indicación de que si me inscribía en un partido de izquierdas, conseguiría mucho más, ya que con ello desaparecerían muchos recelos. La persona que haya sentido profundamente un ideal de realización, el afán íntegro de hacer una obra de bien público, comprenderá con cuánta facilidad se aceptan los medios fáciles que conseguir el fin. Hice que me inscribieron en Acción Republicana que al poco tiempo se convertía en Izquierda Republicana por simple cambio nombre.

Mi paso por un partido de izquierdas fue puramente accidental y como medio para defender, conseguir e implantar una obra nacional semejante a la que han conseguido Alemania e Italia, estudiada económicamente con arreglo a las posibilidades de nuestro país”.

Declaración realizada por D. Juan Torres Gost, en Madrid el 22 de Enero de 1.940.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁸ “Vino después la situación de derechas y me dirigí nuevamente con mis papeles al entonces Subsecretario de Sanidad Pérez Mateos, el cual acogió mi proyecto de Lucha con todo cariño llegándole a dar estado oficial. Asimismo, interesó grandemente a varios Diputados, entre ellos a mi entrañable amigo el malogrado señor María, que moriría años después; a su compañero y amigo mío que tuvo el mismo trágico fin, Madero, y otros Diputados. Al fin, después de tantos años, tuvimos dinero de la Junta del Patronato. El Gobierno iba a consignar lo preciso, anunciando una subasta de obras en Salamanca. Se logró de esta forma construir el Sanatorio Martínez Anido que obtuvo el honor de un Decreto del Caudillo, declarándole Sanatorio modelo”.

Declaración realizada por D. Juan Torres Gost, en Madrid el 22 de Enero de 1.940.

las circunstancias de la Guerra Civil. A través de estas largas declaraciones, se observa cómo el Hospital no sólo no dejó de cumplir su función como centro asistencial de enfermos infecciosos, sino que amplió su labor abarcando tareas de acogida, refugio e incluso canalizó ayuda económica a determinados profesionales sanitarios necesitados de la misma. Sería injusto personalizar todos estos puntos meritorios en la única figura de Torres, pues el Hospital estaba constituido por decenas de profesionales que tuvieron el mismo heroico comportamiento. Sin la existencia de estas personas, difícilmente hubiera sido posible que el Hospital del Rey hubiera seguido existiendo de 1.936 hasta 1.939.

Finalmente, y como era de esperar, tras el largo período de investigación demostrado a través de las numerosas diligencias y declaraciones, el Señor Juez Instructor elevó su propuesta del todo favorable al Doctor Torres³⁷⁹. Incluso, la sanción leve propuesta por el Juez, queda reducida en intensidad por el Director General de Sanidad:

“De conformidad con la ley de 10 de Febrero de 1.939, se le impone al encartado la sanción de inhabilitación para puestos de mando o confianza, sin que la misma implique incapacidad para todos los cargos que tengan la denominación de Director, sino solamente de aquellos establecimientos o dependencias o centros de relevante importancia y que impliquen, en su designación, confianza otorgada por la superioridad”³⁸⁰.

Pronto se le confirmó, de forma interina, en su plaza de Jefe Clínico del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas³⁸¹. Dicho cargo era el que ocupaba con anterioridad a la Guerra, con lo que se puede decir que la etapa del conflicto supone para Torres un paréntesis, quedando después de su finalización en misma posición que antes. En 1.941, obtiene la plaza en

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁷⁹ “Considerando los numerosos informes favorables, para el Señor Torres Gost, sobre todo que practicó el Socorro Blanco dentro de dicho Hospital, favoreciendo personalmente a numerosos perseguidos, ayudándoles moral y económicamente. Considerando, que su baja del partido de Izquierda Republicana fue en el año 1.934; que la acusación de haber votado la candidatura del Frente Popular no queda suficientemente aclarada; que la razón presentada sobre los motivos de ser suscriptor de “El Socialista” desde Enero de 1.932, no es suficiente para justificar su apoyo moral y material a dicha prensa; Fallo que debo proponer y propongo la inhabilitación para el desempeño de puestos de mando o de confianza, durante un año, al Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, Don Juan Torres Gost, siéndole de abono, en el cumplimiento de esta sanción, el tiempo cumplido en la tramitación de este expediente”.

Resolución-diligencia de cierre y entrega, firmada en Madrid el 25 de Enero de 1.940, por el Juez Instructor Don Manuel Oñorbe.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁰ Documento firmado por el Director General de Sanidad, Don José Palanca, en Madrid, el 29 de Enero de 1.940.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸¹ “Resuelto el Expediente de depuración instruido a usted, el Ministro de Gobernación, ha tenido bien disponer en Orden de esta fecha, pasó usted a ocupar con carácter interino en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, plaza de Jefe Clínico, y siga percibiendo haberes como Jefe de Negociado de Primera Clase”.

Documento firmado por el Director General de Sanidad, Palanca, el 2 de Marzo de 1.940.

propiedad³⁸².

En 1.943, se le promueve al ascenso de empleo de Jefe de Administración Civil de Tercera Clase del Cuerpo de Médicos de Sanidad Nacional³⁸³. En 1.945, el Doctor Torres Gost, tuvo un serio problema, pues sufrió la aplicación de la Legislación de incompatibilidad³⁸⁴, al ser Jefe de Clínico del Hospital del Rey, y Director Médico de Establecimientos del Patronato Nacional Antituberculoso. Dicha ley, fijaba un plazo para ejercer el derecho de opción ante las dos posibilidades. Si transcurrido dicho plazo, el interesado no formulaba su opción, la Administración tomaría tal decisión por sí misma. En este caso de Torres Gost, no tuvo conocimiento en tiempo oportuno de dicho plazo, recibiendo como primera noticia del asunto su cese como Jefe Clínico del Hospital del Rey³⁸⁵. Afortunadamente, se rectificó la Orden de 22 de Marzo, continuando como Jefe Clínico del Hospital del Rey, y cesando en el Patronato Nacional Antituberculoso³⁸⁶.

En los años sucesivos, el Dr. Torres Gost, sufre los ascensos correspondientes en la escala del Cuerpo de médicos de Sanidad Nacional³⁸⁷.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸² En Octubre de 1.941, visto el informe del Tribunal para estudio y ordenación de solicitud de los aspirantes a destinos calificados de elección en la plantilla del Cuerpo Nacional de Sanidad, el Ministerio de Gobernación, se le propuso al cargo de Jefe de Clínico de Hospital del Rey, correspondiéndole por ser Jefe de Negociado de primera Clase.

Aplicación del Decreto de 2 de Noviembre de 1.940, y dado en Madrid el 25 de Octubre de 1.941. En ese momento el Dr. Torres, percibiría 9.600 pesetas de haber.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸³ Corrida reglamentaria de conformidad con el Reglamento de personal Sanitario de 8 de julio de 1.930, con el haber de 12.000 pesetas, por el ascenso de Don Emilio Luego Arroyo. Firmado el 3 de Febrero de 1.943 por don Blas Pérez González.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁴ La Orden de 22 de Marzo de 1.944, en aplicación de la incompatibilidad, de acuerdo con el párrafo cuarto de la Base 18 de la Ley de 25 de Noviembre de 1.942, dispuso su cese como Jefe Clínico del Hospital del Rey. La Orden de su cese apareció en el Boletín Oficial del Estado, el 26 de Marzo de 1.944.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁵ Ante esta situación crítica, Don Juan Torres no tuvo más remedio que recurrir mediante instancia firmada el 11 de Abril de 1.945, aduciendo que no tuvo conocimiento en tiempo oportuno del plazo fijado para ejercer el derecho de opción, reconocido por Orden de 22 de Diciembre de 1.944.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁶ Esta decisión tuvo sus consecuencias naturales, pues el 9 de Mayo de 1.945, el Secretario General del Patronato Nacional Antituberculoso, de conformidad con la Orden de 22 de Diciembre de 1.944 y con la de 2 de Febrero de 1.945, le comunica que la Junta Central del Patronato, le deja de acreditar el sueldo de 12.000 pesetas anuales que venía percibiendo por este organismo como consecuencia de haber optado por la jefatura clínica del Hospital del Rey, renunciando a la Dirección del Dispensario Antituberculoso de la Guindalera. Recordemos, que el Dr. Torres Gost, era el Director del Sanatorio de Húmera, pero al ser destruido durante la Guerra Civil, pasó a ser Director del Dispensario de la Guindalera.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁷ Médico Jefe de Segunda Clase con el haber de 13.200 pesetas, por ascenso de Don Luis Ramón Cajal Fañanas, en Madrid el 6 de Abril de 1.949.

Médico Jefe de Primera Clase, con el haber de 21.600 pesetas, en Madrid el 1 de Agosto de 1.954, de conformidad con la Ley de Reglamento de Personal de la Dirección General de Sanidad, aprobado por Decreto de 30 de Marzo de 1.951.

Médico Jefe Superior del Cuerpo de Médicos de Sanidad Nacional, con el haber de 24.000 pesetas, por ascenso de

En 1.955, Vallejo de Simón tuvo que ausentarse en el Hospital del Rey por motivos de enfermedad que ya no le permitieron incorporarse a su trabajo. Fue entonces, cuando Torres Gost recibió la orden de asumir las funciones de la Dirección del Hospital, hasta que se cubriese reglamentariamente dicha plaza³⁸⁸. Poco tiempo tuvo que pasar, para que esta situación se hiciera definitiva. El Ministerio de Gobernación le comunicó a Torres Gost, que tenía a bien nombrarle Director del Hospital del Rey, en virtud del derecho que le había sido reconocido en el concurso de méritos convocado el 17 de Octubre de 1.955. La toma de posesión de su cargo de Director del Hospital del Rey fue el 12 de Julio de 1.956³⁸⁹.

Posteriormente, el Doctor Torres Gost cumplió la edad reglamentaria para la jubilación el 21 de septiembre de 1.970. Durante la época en la que estuvo al frente del Hospital, llevó a cabo numerosas reformas y mejoras del Hospital, destacando la creación de la UVI. y el Servicio Nacional de poliomielitis.

El carácter del Dr. Torres Gost queda manifestado en las sucesivas muestras de tenacidad profesional a lo largo de su carrera; más difícil es, sin embargo, definir su perfil individual de personalidad. Como en otras ocasiones, recurrimos a documentos personales, como alguna de las cartas encontradas en el Archivo de personal del Hospital del Rey, para poder ilustrar de alguna forma este aspecto³⁹⁰.

Don Emilio Luengo Arroyo, en Madrid el 16 de octubre de 1.954.

Médico Mayor de Segunda Clase, con efectividad de 22 de Julio de 1.958, con el haber de 31.800 pesetas.

Médico Mayor de Primera Clase, con el haber de 33.000 pesetas, por fallecimiento del titular de la plaza, con efectividad de 9 de Octubre de 1.963.

Por último, por jubilación de Don Manuel Martínez Tapia, se acuerda proponer el ascenso al sueldo del Doctor Tapia al Dr. Torres, con el haber de 36.240 pesetas, con efectividad de 9 de Abril de 1.965. Firmado por Don Camilo Alonso Vega, Director General de Sanidad, de conformidad con el Decreto de Presidencia del Gobierno de 17 de Enero de 1.964.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁸ Documento firmado en Madrid, el 19 de Diciembre de 1.955, por el Subsecretario de la Dirección General de Sanidad, disponiendo que mientras ejerza dichas funciones perciba 10.000 pesetas de haber adicionales.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁸⁹ Documento firmado por Don Miguel Solves Aguilar, Inspector General Jefe de los servicios centrales y de la sección de Personal, de la Dirección General de Sanidad, y por Don Pedro Valladares, en Madrid el 11 de Junio de 1.956.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

³⁹⁰ “Mi querido amigo, hace hoy una semana que regresé de Mallorca. Dos días después me entero de la desgracia que le había ocurrido este verano con el fallecimiento de su esposa. Esperaba y preguntaba todos los días si había venido, para darle el pésame personalmente y un abrazo de solidaridad en estos momentos de su profundo dolor. Imagino lo que debe ser, en plena juventud, quedarse sin el cobijo de un afecto sincero sin cambios y mutaciones que pongan en duda la verdad del cariño de una buena mujer que nos ha tocado en suerte. Pero el dolor viene cuando menos se espera y lo peor que tiene es que hay que pasarlo solo. Dios le de conformidad para que la desesperación no se apodere de Vd. en la soledad en que tantas veces se verá recluso. Reciba un abrazo muy afectuoso de su buen amigo”.

Carta dirigida a Alberto Rábano Navas, Neurólogo del Hospital. 15 de octubre de 1.968.

APHR. Ficha personal de Torres Gost.

2.2.8 D. Gregorio Baquero Gil.

Gregorio Baquero no fue uno de los cuatro primeros médicos del Hospital, ni tampoco llegó a ser Director del mismo, pero debido a su prolongada permanencia trabajando en el Laboratorio del Hospital, así como su reconocida personalidad e influencia entre sus compañeros de trabajo, creemos que es justo destacarle y acreditar su valiosa contribución a la realidad de lo que llegó a ser el Hospital del Rey.

Nació en Madrid, el treinta de noviembre de 1.903³⁹¹(figura 7).

³⁹¹ “Don Isidro Suárez García-Sierra, Juez Municipal del Distrito del Hospicio de esta capital y encargado del Registro civil del mismo, certifico que en la Villa de Madrid, a las nueve horas, treinta minutos, de treinta de Noviembre de mil novecientos tres, ante Don Francisco Javier Millán García-Vargas, Juez Municipal de este distrito, presente el Secretario Don Ricardo Delgado, comparece el que dijo ser y llamarse Don Gregorio Baquero y Cantero, Natural de Garcinarro (Cuenca), de veintisiete años de edad, de estado casado, sirviente, y domiciliado en la calle Barbieri”.

Acta de Registro de nacimiento de Gregorio Baquero y Gil.
APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

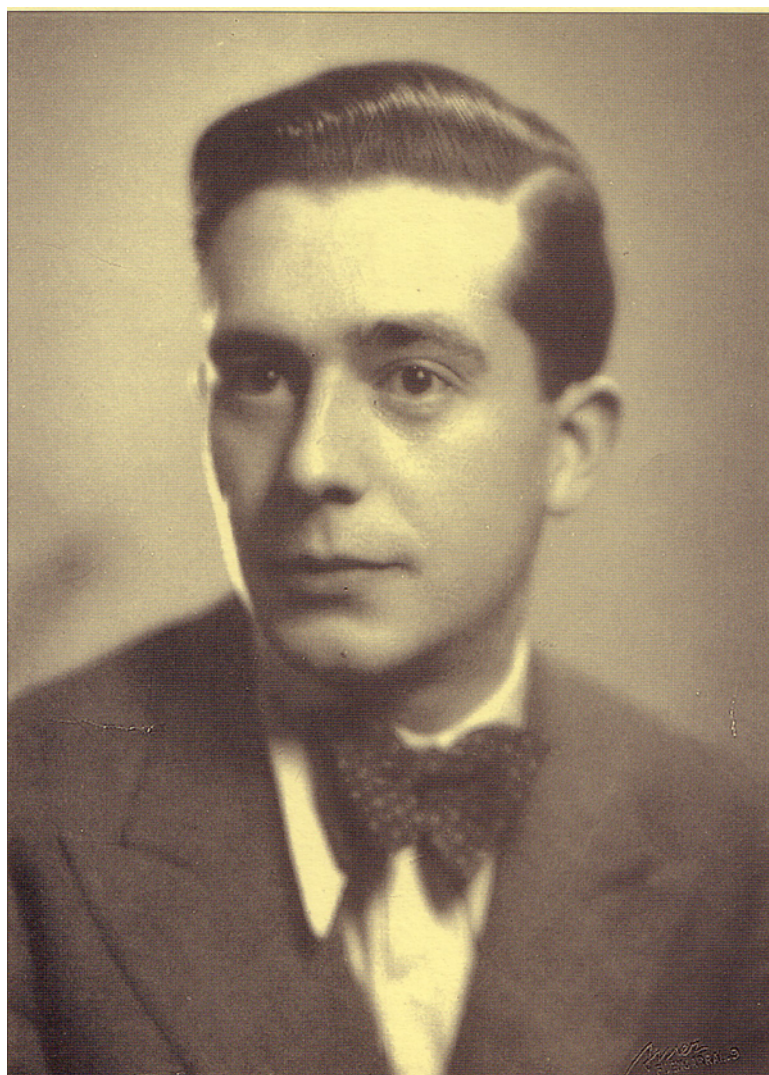


Fig. 7. Gregorio Baquero, médico Jefe del Laboratorio del Hospital del Rey.

Siendo todavía estudiante de Medicina, pasó a ser alumno interno del Laboratorio de Hospital del Niño Jesús³⁹². En 1.927, obtuvo la licenciatura en Medicina por la Universidad de Madrid^{393 394}. Un año más tarde, en 1.928, consta que seguía trabajando en el Hospital del Niño

³⁹² “Esta Junta de Beneficencia, ejerciendo las facultades que le competen en el ejercicio del Patronato que del Asilo y Hospital del Niño Jesús le está concedido, ha acordado nombrar a Vd. Alumno Interno numerario de dicho Hospital, con el sueldo anual de 600 pesetas. Lo que participo a Vd. para su conocimiento y efectos consiguientes”. Documento firmado por el Vicepresidente de la Junta Provincial de Beneficencia de Madrid, el 30 de Noviembre de 1.923.

APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

³⁹³ “Su Majestad el Rey Don Alfonso XIII, y en su nombre el Ministro de Instrucción Publicada y Bellas Artes, conforme a las disposiciones y circunstancias prevenidas por actual legislación, considerando que Don Gregorio Baquero Gil, natural de Madrid de 23 años de edad, ha hecho constar su suficiencia en la Universidad de Madrid, expido el presente Título de Licenciado en Medicina y Cirugía”.

APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

Jesús.

En 1.929, realizó el Curso del Instituto Nacional de Sanidad³⁹⁵, compaginándolo con la realización de asignaturas del Doctorado. Durante el curso 1.930-31, se inscribió para el Título Grado de Doctor. Una vez verificado el ejercicio, obtuvo la calificación de sobresaliente, con fecha de 10 de Octubre de 1.931³⁹⁶, y ese mismo año ingresa mediante el correspondiente ejercicio, en la Escuela Nacional de Sanidad, siendo alumno del curso que finalizó en los últimos meses del año 1.932.

El Doctor Baquero Gil, se vincula profesionalmente por primera vez al Hospital del Rey en el año de 1.930, siendo nombrado Médico de Guardia del Hospital del Rey, adjunto al Laboratorio por nombramiento directo de su Director. En 1.932 se creó, según la vigente Ley de Presupuestos, una plaza de Ayudante de Laboratorio en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, para cubrirla con carácter interino, aunque quedaba afecta al Concurso-Oposición convocado por Real de Orden de 21 de Abril de 1.932³⁹⁷. Baquero tomó posesión de dicha plaza como interino el mismo 21 de Abril de 1.932.

Como ya sabemos, en los primeros años del Hospital del Rey fue muy difícil cubrir las plazas de médicos de Laboratorio. Esto creó una grave contradicción en un Hospital que nacía para estar apoyado de forma especial en las investigaciones de serología y microbiología. En un principio, el Hospital se tuvo que conformar con un Mozo de Laboratorio del Instituto Alfonso

³⁹⁴ En la Certificación Académica Personal, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, firmada por Don José Hernández Guerra, Catedrático y Secretario de dicha Facultad, consta que en el curso 1.926-27 estuvo matriculado de Historia de la Medicina, Análisis Químico, Parasitología y Patología tropical, y Hidrología médica. En el curso de 1.927-28, cursó la asignatura de Química Biológica. Dado en Madrid, el 11 de Junio de 1.931.

APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

³⁹⁵ En 1.932, fue propuesto por la Escuela Nacional de Sanidad, para la asistencia a la sesión-homenaje en celebración del segundo lustro de la fundación del Premio Carracido, en la que se entregaron varios ejemplares de la magistral Química Biológica a profesionales y alumnos de diferentes centros de enseñanza. Presidió dicho acto el Excelentísimo Señor Ministro de Marina, el Profesor Giral.

Acto organizado por la Academia española de Farmacia.

APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

³⁹⁶ Documento firmado por el Secretario del Tribunal de la Facultad de Medicina, certificando el pago de la cantidad de 18,75 pesetas en metálico, en papel de pagos al Estado, por Don Gregorio Baquero Gil de 27 años.

APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

-Asimismo, el Colegio de Madrid certificaba en Septiembre de 1.931, que “Don Gregorio Baquero Gil, no parece enfermedad alguna y está apto para el desempeño de cualquier cargo”.

Corresponde probablemente este momento, al inicio de la vida profesional del Doctor Baquero.

Documento firmado por Don Aurelio Arana y Tarancón, Licenciado en Medicina y Cirugía, inscrito con el número 1508, en el Colegio Oficial de Médicos de esta provincia, en Madrid el 30 de Septiembre de 1.931.

APMS. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

³⁹⁷ Documento firmado por Pascua, de la Sección de Personal de la Dirección General de Sanidad, el 22 de Abril de 1.932, concediéndole el haber de 3.000 pesetas anuales, consignadas en el Capítulo tercero, Artículo noveno, partida décima, sección sexta de la Ley de Presupuestos; y con efectividad de uno de Abril de 1.932.

También consta el documento firmado por Don Manuel Tapia, en Chamartín de la Rosa, a 21 de Abril de 1.932, en el que como director del Hospital certifica la toma de posesión del Doctor Baquero.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

XIII. Posteriormente, se consiguió contratar al Doctor Jiménez, que fue Jefe del Laboratorio. Más tarde, Baquero se incorporó a su plaza, consolidando el equipo de Laboratorio del Hospital del Rey.

La plaza de Médico Ayudante del Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, la pasa a ocupar en propiedad el Doctor Baquero, en virtud de derecho reconocido en el Concurso-Oposición convocado el 8 de Abril de 1.933³⁹⁸.

En el curso 1.932-33, Baquero comienza con tareas de investigación³⁹⁹ y de docencia. Así, en 1.933, se produjo la vacante en la Escuela Nacional de Sanidad de la plaza de Profesor Agregado encargado de explicar la especialidad de Aplicación del laboratorio de las infecciones, nombrando al Doctor Baquero profesor de la misma⁴⁰⁰. En Marzo de 1.934, fue nombrado Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional⁴⁰¹, logrando ser el número uno de su promoción.

En movimiento ascensional, y en virtud esta vez de Concurso de Méritos asume la plaza de Médico Encargado de Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, con la categoría de Jefe de Negociado de tercera Clase del Cuerpo de Sanidad Nacional, en 1.934⁴⁰².

Como podemos observar, el perfil de Baquero no difiere mucho del de sus compañeros médicos del Hospital del Rey, destacando su juventud así como extensa preparación en el terreno de las enfermedades infecciosas, en su aspecto más básico de Serología, Vacunación y Microbiología.

³⁹⁸ Nombramiento firmado por Pérez Mateos, de la Dirección General de Sanidad, sección de personal, en Madrid, el 31 de Enero de 1.934, con el haber anual de 3.000 Ptas., a cargo del Capítulo primero, artículo vigésimo, sección sexta, subsección segunda del Presupuesto vigente.

En las certificaciones solicitadas para dichas oposiciones, consta que en el Registro Central de Penados y Rebeldes, una vez consultadas las notas del mismo no aparece ninguna que haga referencia a Don Baquero Gil natural de Madrid de 29 años de edad, hijo de Gregorio y de Daniela.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

³⁹⁹ En 1.932, la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, le designó como agregado a los trabajos de investigación que dirigía el Doctor Manzanete, sobre “Las aguas residuales de Madrid como factor contribuyente a la producción de procesos Tifo-Paratíficos”, otorgándole una Bolsa de Trabajo de 3.600 pesetas, con cargo a los fondos de dicha comisión.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁰⁰ Documento firmado por Pascua, de la Sección de Personal de la Dirección General de Sanidad, en Madrid el 28 de Febrero de 1.933, de acuerdo con lo propuesto por la Junta Rectora de la Escuela y lo preceptuado en el artículo decimoséptimo del Reglamento de la misma, con derecho al percibo de 100 pesetas por lección explicada, con cargo al capítulo primero, artículo decimocuarto, concepto quinto, sección sexta, subsección segunda de la vigente Ley de Presupuestos.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁰¹ Nombramiento con fecha de 27 de Marzo de 1.934, firmado por Pérez Mateos, del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, en virtud de derecho que le fue reconocido en el Concurso-Oposición convocado el 10 de Noviembre de 1.933.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁰² Documento firmado en Madrid a 30 de Junio de 1.934, por Estadella, de conformidad con lo informado por el Consejo Nacional de Sanidad y lo propuesto por la Dirección General del Ramo, con el haber anual de 6.000 pesetas que percibirá del capítulo primero, artículo tercero, concepto séptimo, sección novena, subsección segunda del Presupuesto vigente, reconocido en el concurso de méritos convocado en 21 de Abril de 1.934.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

Gregorio Baquero adquirió experiencia en el Hospital Niño Jesús de Madrid⁴⁰³, donde aprendió Anatomía Patológica y Cirugía. Poco después, dirigió su completo interés hacia el Laboratorio, involucrándose en esta materia para el resto de su vida profesional. Ya en el Hospital del Rey, fue de los primeros que realizaron Microbiología Clínica en España⁴⁰⁴. Cualquiera que solicitase su ayuda para un diagnóstico difícil en el Hospital del Rey, recibía todo el apoyo científico y personal de Baquero. En el Hospital del Rey sus años de trayectoria profesional, hicieron de él un referente para el resto de profesionales del Hospital. A menudo buscaban su consejo personal o profesional, siendo inestimable su presencia y su equilibrio en momentos críticos como los de la Guerra Civil.

En estas circunstancias de ejercicio profesional brillante, cogió a Baquero el comienzo de la Guerra Civil. Esto le acarreó modificaciones de puesto de trabajo, probablemente no muy satisfactorias, ya que todo lo que fuese abandonar el Laboratorio del Hospital suponía para Baquero una contradicción no pequeña. De este modo, el Ministerio de Sanidad, dispone que se haga cargo de la Inspección Provincial de Sanidad de Madrid en Comisión de Servicio⁴⁰⁵. No obstante, ese cargo tiene una duración muy corta, disponiendo el Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad el cese de don Gregorio Baquero en el desempeño del cargo de Inspector Provincial de Sanidad de Madrid, reintegrándose a su anterior destino de Jefe de Servicios del Instituto Nacional de Sanidad⁴⁰⁶.

Comenzamos a comentar los datos extraídos del Expediente instruido a Don Gregorio Baquero Gil, Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, encargado de Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Estos datos nos interesan en la medida en que nos ayudan a reconstruir el período de historia comprendido durante la Guerra Civil, pues los

⁴⁰³ BARTOLOMÉ, ALBERTO, Homenaje a Gregorio Baquero, un microbiólogo en la cabecera de los enfermos, *Diario Médico*, Madrid, 26 de noviembre de 2.003.

⁴⁰⁴ Destacó en el diagnóstico de bacteriemias y Brucelosis. Posteriormente, introdujo el método Christiansen para el recuento de plaquetas en pacientes con fiebre tifoidea.

BARTOLOMÉ, ALBERTO, Homenaje a Gregorio Baquero, un microbiólogo en la cabecera de los enfermos, *Diario Médico*, Madrid, 26 de noviembre de 2.003.

⁴⁰⁵ Documento firmado en Valencia, el 29 de Septiembre de 1.937 por el Señor Subsecretario de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁰⁶ Documento firmado en Valencia el 24 de Noviembre de 1.937.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

Entraba dentro de lo normal que durante la guerra la burocracia administrativa cometiera más fallos de lo normal. Con cierta ironía el Director del Instituto Nacional de Sanidad devolvía la siguiente nota al Subsecretario de Sanidad: “Adjunto devuelvo oficio de esa Subsecretaría referente al médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, D. Gregorio Baquero Gil, y la credencial del interesado que sin duda por error se han remitido a esta Dirección, toda vez que el referido Sr. Baquero no pertenece a la plantilla del Instituto Nacional de Sanidad”.

Documento firmado en Madrid el 27 de Noviembre de 1.937, por el Director de Instituto Nacional de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

testimonios recogidos en dicho Expediente se refieren a esa época⁴⁰⁷.

El documento que abre el expediente es su declaración en la que contesta preguntas relativas a su actuación durante la Contienda. Lo primero que resalta Baquero es la situación caótica en la que se vio envuelto el Hospital no sólo durante la Guerra, sino también en los años previos⁴⁰⁸. Acto seguido pasa a manifestar su negativa a desempeñar cargos sanitarios en el Gobierno de la República, en los primeros meses de la Guerra. Una de las principales razones fue que la labor de despacho y burocracia, realmente desagradaban a un hombre de Laboratorio como Baquero. Pero también había otras razones personales de peso, pues en conciencia Baquero se ve obligado a rechazar dichos nombramientos⁴⁰⁹. Desgraciadamente, y por confusión administrativa, el cargo que le ofrecieron y que rechazó, apareció oficialmente concedido en el Boletín Oficial⁴¹⁰. Más tarde, se arregló la confusión, quedando Baquero como encargado del Laboratorio del Hospital del Rey⁴¹¹. En este punto destaca la honradez de Baquero, pues declara que no sufrió ningún tipo de presión por haberse negado a desempeñar este tipo de cargos⁴¹².

⁴⁰⁷ Por orden de 5 de Agosto de 1.939, se nombra Juez Instructor a don Manuel Oñorbe, que a su vez nombró Secretario del mismo al funcionario Don Enrique Bravo con fecha de 20 de Octubre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁰⁸“En la primera época de la revolución marxista empezamos a conocer de cerca los frutos de aquellas ideas de democracia liberal de las habíamos participado, de la anarquía y del miserable caos en que hemos vivido después”. Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁰⁹“No hemos prestado adhesión voluntaria alguna a tal gobierno. Por el contrario, hemos manifestado oficialmente nuestra repulsa. En el mes de Septiembre de 1.937, cuando el Ministerio de Sanidad estaba desempeñado por un comunista, fuimos solicitados por el entonces Subsecretario de Sanidad para desempeñar la Inspección Provincial de Madrid. Nuestra negativa, mantenida verbalmente ante el citado Subsecretario y el entonces Delegado del Ministro en Madrid, fue apoyada en el criterio de que nosotros no compartíamos en absoluto los principios revolucionarios marxistas por los que se regía y gobernaba el Gobierno Republicano. Y entendiendo que la aceptación del cargo para el que se me proponía era en cierto modo una concesión y participación de tales principios, rechacé de plano el nombramiento, aun a sabiendas de la posible represalia de que podía ser objeto”.

Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

“Debo manifestar que en cierta ocasión, creo que en 1.937, Baquero fue llamado por el que se titulaba Subsecretario de Sanidad, Planelles. Este individuo le encargó la Inspección Provincial de Sanidad de Madrid; argüía para poder proponer este nombramiento la característica de competencia del interesado y su opinión de que se trataba de un hombre políticamente seguro. A ello respondió Baquero, directa y verbalmente al mismo Planelles, que en cuanto a su competencia nada tenía que objetar si el Subsecretario tenía ya formada tal opinión. Pero que se creía en la obligación de advertirle que él, Baquero, no participaba de la misma forma en lo referente a la seguridad política, y que por consiguiente no estaba dispuesto a la aceptación de cargo alguno distinto del que poseía como encargado del Laboratorio del Hospital del Rey”.

Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 2 de Agosto de 1.939 por Don José Tapia Sanz.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹⁰ “Antes de consultármese, había aparecido mi nombre en el Boletín Oficial con el cargo de Inspector de Madrid”.

Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹¹ Servicios prestados desde el 18 de Junio de 1.936: “Nuestro cargo en el Hospital. En Abril de 1.937, fui designado sin libre aceptación para dar un cursillo en la Facultad de Medicina”.

Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹²“Es deber mío manifestar en este punto, que contra la opinión de la mayor parte de mis compañeros, no fui objeto de coacción ni sanción alguna en el tiempo posterior de mi actuación”.

La figura de Baquero en el Laboratorio del Hospital del Rey cobra una importancia vital para ayudar a los numerosos perseguidos durante la Contienda. Utiliza en numerosas ocasiones sus extensos conocimientos de Laboratorio, para que los sanos puedan pasar por enfermos. En este punto hay que destacar que no sólo se podía recurrir a la simpleza de falsear resultados. Podría resultar peligrosísimo, tanto para el enfermo como para el médico, la realización de un test de confirmación en un Hospital Militar. Por este motivo se idearon inyecciones de productos bacterianos y otros complicados métodos serológicos para simular un auténtico estado de enfermedad⁴¹³. Hay que destacar, por lo tanto, el riesgo personal asumido por estos médicos, con el único fin de ayudar a terceras personas. De este modo, aunque sabemos que durante la Guerra todo el grupo de médicos participó conjuntamente en tareas de cobijo y de asilo de refugiados, Baquero fue una pieza clave en el entramado. Y de nuevo vuelve a destacar la sencillez de Baquero al negarse a dar cumplimiento detallado de sus tareas humanitarias, probablemente por una sencilla cuestión de pudor⁴¹⁴.

Es por esa sencillez por la que quizás obtenemos más información de cómo era Baquero a través de terceras personas, en concreto, compañeros médicos del Hospital del Rey.

En concreto, José Tapia Sanz, médico del Hospital, conoció a Baquero más profundamente desde 1.937, y opinó sobre su persona:

“Su comportamiento, su espíritu de justicia y su ponderación, han sido debidamente apreciados por mí, desde que le conocí. Una de sus características más salientes es su perfecta insobornable personalidad y, como derivado, su instintiva repulsión a todo lo que se semeje a camarilla y politiquero. Se trata además, de uno de los funcionarios más probos y puntuales de los que conozco”⁴¹⁵.

Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹³“Nuestra labor, como la de nuestros compañeros en Hospital y bajo la dirección de Torres, ha sido esencialmente la de ayudar a los perseguidos, proteger la Institución contra el vandalismo y sustraer la mayor cantidad posible de hombres al Ejército Republicano. Aparte de falsear desde nuestro puesto del laboratorio, informes de análisis para encubrir a soldados, hemos utilizado todos los procedimientos imaginables para mixtificar el estado de utilidad de los presuntos reclutas: paludizaciones, inyecciones de productos bacterianos para conseguir el falseamiento de análisis en los hospitales militares, inyecciones de glucosa, sangre en vías urinarias y en fin, muchos otros que no recuerdo. Hemos contribuido en la medida de nuestras fuerzas al Socorro Blanco desde el primer momento”.

Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹⁴“Por lo mismo que los estimamos como simples deberes morales nuestros, no son ni puede ser objeto de referencia detallada y concreta”.

Declaración firmada por Don Gregorio Baquero Gil, en Madrid el 4 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹⁵ Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 2 de Agosto de 1.939 por Don José Tapia Sanz.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

Esta fue una de las claves de Baquero, pues al prestigio profesional, merecidamente ganado, unía unas excepcionales características de personalidad para convertirse en un referente de los profesionales del Hospital del Rey. Otro de los rasgos de Baquero es su carácter apolítico⁴¹⁶: no le interesaban otro tipo de actividades que no fueran las estrictamente profesionales⁴¹⁷.

Encaja dentro de este comportamiento la necesidad de apoyar al compañero injustamente perseguido. De este modo, Baquero no duda a la hora de impulsar iniciativas, en forma de protesta valiente pública, para ayudar durante la Guerra Civil a Cortezo y a Rodríguez Illera⁴¹⁸. Y es que, Gregorio Baquero se mostró siempre persona más propicia a actuar clara y noblemente en actos de rebeldía, que a obrar oscura y clandestinamente⁴¹⁹.

Como hemos comentado en otras ocasiones, los profesionales del Hospital del Rey se vieron enfrentados al principio de la Guerra a procesos de revisión profesional y personal por parte del Gobierno Republicano. Y con posterioridad, al término de la Guerra, tuvieron que enfrentarse a similares procesos, pero de signo contrario. No faltamos a la verdad si decimos que estos médicos quedaron entre dos aguas. De esta manera, lo declarado al principio de la Contienda en no pocas ocasiones se volvió en su contra con el paso del tiempo. No podemos dejar de tener en cuenta que este tipo de declaraciones estaban realizadas en situaciones de gran presión de tipo político, por lo su contenido tiene que ser matizado o por lo menos correctamente

⁴¹⁶ En agosto de 1.939 fue consultado el Ayuntamiento de Chamartín de la Rosa, que contestó: "informado por los vecinos de esta Villa así como por el Administrador del Hospital del Rey, resulta que Don Gregorio Baquero no ha pertenecido a ningún partido político ni sindical, siendo considerado como persona de orden y de derechas, fiel cumplidor en las obligaciones de su cargo".

Documento firmado por el Presidente de la Comisión Municipal, en Chamartín de la Rosa (Madrid), el 11 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹⁷ "Tengo la certidumbre de que jamás ha actuado en política activa. Ha sostenido siempre un ideario en el que ha traslucido su antipatía por todos los regímenes que se basan en la injusticia social. Ha protestado contra todos los hechos de violencia. Desde que conozco a Baquero Gil, no he visto en él otras actividades que las inherentes a su cargo público y las derivadas de su profesión en el orden profesional y sobre todo científico".

Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 2 de Agosto de 1.939 por Don José Tapia Sanz.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹⁸ "Ha contribuido con sus actos, y de modo activo, a la ayuda de quienes lo necesitaban: en forma de apoyo económico, por cierto grandemente generoso; en sus actividades profesionales; en ocultaciones y simulaciones para exenciones de quintas movilizadas por el Gobierno Republicano, etc. Las actividades de Baquero durante la guerra, aparte de las citadas de ayuda a perseguidos fuera y dentro del Hospital del Rey, han sido encaminadas a la protesta valiente de todo lo que ha sido una arbitrariedad. Y a tal efecto, quiso encabezar un escrito de desaprobación del desafuero cometido por Planelles contra Don Víctor María Cortezo y Don Luis Rodríguez Illera; no se firmó el documento por propia petición de Don Luis Rodríguez Illera que lo juzgó peligroso no sólo para los firmantes, sino también para los mismos atropellados".

Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 2 de Agosto de 1.939 por Don José Tapia Sanz.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴¹⁹ Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 2 de Agosto de 1.939 por Don José Tapia Sanz.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

contextualizado.

Como muchos de sus compañeros, el Doctor Baquero se vio durante los primeros momentos de la Guerra en difíciles trances. De esta manera, se vio obligado a contestar a un formulario del Gobierno Republicano⁴²⁰, solicitando ser readmitido en el empleo que desempeñaba hasta el comienzo de la Contienda. Suponemos que el caos del comienzo de la Guerra, dejó en suspenso muchos de los cargos desempeñados por médicos pertenecientes al Hospital del Rey.

Junto al formulario, el Doctor Baquero adjunta un resumen de sus publicaciones, como muestra ante el Gobierno Republicano de la tarea realizada en el Hospital del Rey y su profesionalidad. No deja de ser sorprendente que un profesional que ya tenía la plaza en propiedad con anterioridad a la Guerra, obtenida en Concurso-Oposición, tenga que volver a demostrar que está capacitado para su ejercicio. No obstante, a través de este tipo de documentos, podemos tener constancia de que la Tesis de Baquero versó sobre las Plaquetas Sanguíneas, obteniendo la calificación de Sobresaliente. Llama poderosamente la atención que un joven de 32 años, hubiera publicado libros, traducciones y un amplio repertorio de contribuciones originales en forma de artículos científicos. Como no podía ser de otra manera, predominan en estos trabajos los de perfil de laboratorio, aunque también hay algunos clínicos⁴²¹. Está pues, Baquero, a la altura de sus compañeros del Hospital del Rey, quienes

⁴²⁰ “Don Gregorio Baquero Gil, de 32 años de edad, Médicos del Cuerpo Nacional de Sanidad, encargado del Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. A los efectos del Decreto de 27 de Septiembre de 1.936, solicita ser readmitido en el empleo o cargo que desempeña, dependiente de ese Ministerio, haciendo al dorso las alegaciones requeridas por dicho Decreto.

Si ha desempeñado cargos políticos: ninguno.

Partido político al que pertenecía antes del 18 de Julio de 1936: a ninguno.

Organización sindical a la que pertenece: a ninguna.

Si ha estado sometido a expediente: nunca.

Si ayuda al Gobierno de la República a luchar contra el Movimiento: habiéndome puesto a disposición de varias organizaciones hospitalarias, como la de los guardias de asalto para desempeñar mis actividades de Laboratorio aparte de las de mi función oficial.

Qué pruebas o garantías puede aportar de su lealtad a la República: objetivas, ninguna. Pero a los ideales que defiende la República, en estos momentos muchas. Desde una serie de artículos publicados en el viejo periódico de Nakens "El Motín", hasta la memoria de índole marxista presentada a la Escuela Nacional de Sanidad titulada Filosofía, Sociología y Sanidad”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid, el 20 de Octubre de 1.936.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²¹ Este cuestionario, se acompañaba de una hoja o relación sucinta de servicio y méritos profesionales:

Publicaciones.

Libros:

BAQUERO GIL, G, *Introducción a la metodología estadística aplicada a las cuestiones sanitarias*, Madrid: Ed. Morata, 1.930; Más tarde, en 1.940, publicaría en colaboración con el Doctor Navarro: BAQUERO GIL, G, *El cuadro hemático en la Tuberculosis pulmonar*, Madrid: Ed. Biblioteca Médico-española, 1.940. (El original fue entregado a la editorial en los primeros meses del año 1.936).

Traducciones:

FINDLAY, *Recientes adquisiciones en Quimioterapia*, Madrid: Ed. Morata, 1.932; GOTTSTEIN, *Epidemiología General de la Tuberculosis*. Madrid: Ed. Médico-Española. Inédito; BAQUERO GIL, G, *Las plaquetas sanguíneas*,

presentan con gran frecuencia artículos de gran nivel científico.

Como hemos visto en otros procesos de médicos del Hospital del Rey, el Juez Instructor entraba con frecuencia en una espiral de argumentaciones con el fin de dilucidar las tendencias políticas del procesado⁴²². Aprovecharemos los datos históricos que consideremos de interés a raíz de las sucesivas declaraciones de los testigos citados.

En primer lugar, se destaca la gran amistad que mantenía con Tapia, incluso después de haberse exiliado éste a Portugal. No es de extrañar que algunos profesionales del Hospital, al terminar la Guerra vieran como algo totalmente lógico la vuelta de Tapia a la Dirección del Hospital. Comprenderían que una vez resueltas y acabadas las circunstancias trágicas por las que se había pasado, había que volver a la normalidad, recuperando a las antiguas personas que trabajaron allí. Sin embargo, estos razonamientos no fueron compartidos por las autoridades responsables. Sabemos que en la Posguerra se ocupó de la Dirección del Hospital el Doctor Vallejo y que Tapia nunca pudo volver⁴²³.

Ya hemos comentado que el Doctor Baquero, al poseer una importante destreza en técnicas

Tesis doctoral, Madrid: Universidad Central. (con nota de sobresaliente).

Trabajos publicados en revistas científicas:

BAQUERO GIL, G, Modificaciones del método de Krinstenson para el recuento de plaquetas, Archivos de Cardiología y Hematología, 1.930; BAQUERO GIL, G, Aspectos clínicos del Kala-azar infantil, Información Médica, Valladolid, 1.930; BAQUERO GIL, G, Angina linfoidocítica, Archivos de Medicina y Cirugía, nº 488; BAQUERO GIL, G, Hematología del Tifus y Fiebre Exantemática, Archivos de Medicina y Cirugía, nº 490; BAQUERO GIL, G, Las plaquetas en la fiebre tifoidea, Progresos de la Clínica, nº 228; BAQUERO GIL, G, Los trombocitos en los procesos respiratorios agudos, Archivos de Medicina y Cirugía, nº 503; BAQUERO GIL, G, Estado actual de los problemas relativos al diagnóstico bacteriológico de la Fiebre Ondulante, Canales aragoneses de Medicina, nº 6, 1.934.

Existen otros quince trabajos citados por el Doctor Baquero en este breve currículum, la mayoría de ellos publicados en los Anales del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid, el 20 de Octubre de 1.936.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²² “Resultando que su actuación durante el Movimiento ha sido satisfactoria comportándose como adicto al mismo, y colaborando con los demás elementos del Hospital en Organización clandestina de Falange y Socorro Blanco. Resultando que con anterioridad al 18 de Julio de 1.936, aunque no militó en partidos políticos ni organizaciones sindicales, de su declaración al Gobierno Republicano, se deduce la posibilidad de que hubiera desarrollado alguna actividad en favor de los partidos marxistas, considerando que por lo expuesto es preciso esclarecer su actuación hasta el 18 de Julio de 1.936, es necesario ampliar las diligencias”.

Documento firmado por el Juez Instructor, en Madrid el 5 de Octubre de 1.939. De todos modos, antes de proceder a realizar estas diligencias el Juez ya proponía la incoación de expediente a Don Gregorio Baquero Gil. Esta incoación, también fue aceptada en este momento por el Director General de Sanidad, Don José Palanca.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²³ El Juez Instructor, solicitó al Señor Director del Instituto Nacional de Sanidad informes sobre los antecedentes políticos-sociales y actuación, en relación con el Movimiento Nacional, del funcionario Gregorio Baquero Gil. La contestación fue dada por Garmendia: “no conozco personalmente a Don Gregorio Baquero. Tengo entendido que ha sido siempre hombre de izquierdas. Es incondicional de Don Manuel Tapia, cuya propaganda hace activamente, con grave riesgo para el actual Director del Hospital del Rey”. El Doctor Tapia poseía antes de la Guerra la plaza de Director en propiedad, al obtenerla por las oposiciones que se llevaron a cabo en 1.925. En este momento, no se podía incorporar a dicha plaza al haberse exiliado a Portugal durante el comienzo de la Guerra.

Documento firmado por Garmendia, de la Dirección del Instituto Nacional de Sanidad, en Madrid el 31 de Octubre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

de Laboratorio, diseñó procedimientos para hacer pasar a personas sanas por enfermos. En algunas de estas declaraciones, se detallan algunas de estas técnicas, como la inmunización con *Brucella Mellitensis*, simulando una fiebre de Malta⁴²⁴. También se detallan ejemplos de valiente apoyo público ante los sanitarios de la época perseguidos por causas políticas⁴²⁵.

No faltan elogios a la profesionalidad⁴²⁶ y rectitud personal de Baquero⁴²⁷.

Por la cercanía que tuvo con Baquero, nos interesa la declaración de Ortiz de Landázuri. De sus palabras deducimos que la relación de las personas de Laboratorio con el resto de los médicos del Hospital era más bien profesional⁴²⁸. Esto se puede entender al tener en cuenta que los Pabellones estaban alejados entre ellos y por lo tanto había que desplazarse para lograr una

⁴²⁴ “He oído decir también, que contribuyó a que eludieran el servicio de filas algunos reclutas de derechas, inmunizándoles con *Brucella Mellitensis* en el Hospital del Rey, para que pudieran simular una Fiebre de Malta. Pensaba como pensara el Dr. Baquero antes del Movimiento, creo que es uno de tantos que ante la realidad, se han dado tempranamente cuenta del error en que estaban y que oí son absolutamente afectos al Movimiento Nacional”. Documento firmado por Don Luis Rodríguez Illera, Jefe de Servicio del Instituto Nacional de Sanidad, en Madrid el 15 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²⁵ El escrito de Don Luis Rodríguez Illera, es importante, pues se deriva de una relación directa con el Dr. Baquero durante la Guerra Civil. “Ignoro concretamente la actuación política del Dr. Baquero Gil, antes del Movimiento. Sólo he oído decir que era hombre de izquierdas. Después de comenzada la Guerra, lo he visto varias veces y siempre; desde los primeros momentos, me expresó su condenación de los desmanes de los rojos y su afección al Movimiento Nacionalista. Cuando me destituyeron de mi cargo los republicanos (Julio de 1.937), a pesar de que casi no habíamos tratado más que como profesor y alumno, vino a visitarme, para lamentar lo ocurrido por sí con ello pudieran acaecerme mayores males. Sé, por lo que me han dicho, que con este motivo intentó hacer un escrito de protesta, que pretendió que firmaran todos los sanitarios, él el primero. Conocido por mí el intento, hice que le disuadieran, seguro de que los firmantes lo habrían de pasar muy mal. Durante el mando de los comunistas me dijeron que habiéndole consultado para conferirle un puesto destacado en la Sanidad Roja, no sé si el de Inspector de Madrid, contestó que no lo aceptaba porque no estaba dispuesto a colaborar con la banda de criminales que nos gobernaba. Si no fueron éstas exactamente sus palabras el sentido fue el mismo”.

Documento firmado por Don Luis Rodríguez Illera, Jefe de Servicio del Instituto Nacional de Sanidad, en Madrid el 15 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²⁶ “Como Sanitario está considerado, a mi parecer con justicia, como persona de gran competencia y de una gran solvencia moral”.

Documento firmado por Don Justiniano Pérez Pardo, en Madrid el 10 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²⁷ Otro compañero de la Escuela Nacional de Sanidad, Don José María de la Lastra, coincidía bastante en sus opiniones con las anteriormente expuestas.

“Ha permanecido el supuesto sin apetecer cargos ni mezclarse en política, cosa que le hubiera sido sumamente fácil por sus antecedentes políticos y su gran capacidad profesional. Hubiera sido pues, bien recibido en cualquier sitio y hubiera desempeñado cargos elevados en Sanidad Civil o militar de no haber sentido la natural repugnancia a colaborar con los republicanos. Esto lo demuestra el haber rechazado el cargo de Inspector Provincial de Madrid ofrecido por el Subsecretario Comunista Planelles, explicándole además los motivos de índole moral que tenía para no colaborar con ellos, cosa que pudo naturalmente haberle costado un disgusto serio. Desde el punto de vista científico es hombre de extraordinaria competencia y gran capacidad de trabajo.”

Documento firmado por José María de la Lastra, en Madrid el 21 de Noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴²⁸ De nuevo tenemos un interesante testimonio al tratarse de uno de los Médicos de Guardia que colaboró y trabajó en el Hospital del Rey, durante la Guerra Civil, coincidiendo personalmente con el Doctor Baquero. “Conozco al Dr. Baquero desde el año 1.935, en que yo inicié mi trabajo como Médico de Guardia del Hospital del Rey. Su carácter reservado y su normal aislamiento, pues era encargado del Laboratorio, hizo que yo en realidad no tuviese marcada relación, excepto la profesional, con anterioridad al 18 de Julio de 1.936”.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

cercanía física. De todos modos, sabemos por otras declaraciones que a través de sesiones clínicas, los médicos comentaban los casos de difícil resolución, de forma conjunta. En esos momentos, con gran probabilidad el Doctor Baquero aportaría datos Laboratorio imprescindibles para llegar al diagnóstico.

No obstante, durante la Guerra Civil, el trato impersonal se transforma en una relación de profunda amistad y confianza mutua, constando que el propio Baquero ayudó personalmente a familiares perseguidos de Ortiz de Landázuri⁴²⁹.

A la luz de estas declaraciones, el Juez expuso sus cargos, que en poco o nada estaban relacionados con la actuación del Doctor Baquero en el Hospital del Rey durante la Guerra Civil⁴³⁰.

El documento que reproduce la contestación del Doctor Baquero a los cargos que se le imputaron, poco añade a la historia del Hospital del Rey, pero ayuda en gran manera a meterse en la exquisita personalidad del que fue el Microbiólogo del Hospital durante largas décadas. Baquero, era un hombre de Laboratorio y de Ciencia, pero en a través de estas declaraciones, podemos comprobar que tenía grandes inquietudes de Antropología y Filosofía. Quizás esta inclinación de Baquero por el pensamiento humano fue malinterpretada y sacada de contexto, mezclándola con tendencias políticas. Y así lo explica Baquero con sus propias palabras expresadas en un estilo con gran carga filosófica⁴³¹, resumiendo las principales características de

⁴²⁹ “Después del 18 de Julio de 1.936, tengo que decir:

Propuesto para un cargo de categoría por los republicanos, se negó a su aceptación temiendo tuviese una represión.

Formó parte del llamado Socorro Blanco.

Como muestra de su actitud, aunque sea un detalle modesto, diré, que estando una prima mía expulsada por los rojos y llamada a detener por la policía, le facilitó por mediación de su patrón cédula falsa para poder marchar a la zona Nacional. (Teresa González Rodríguez).

No se afilió a ningún partido ni sindicato.

Formó parte de la Falange clandestina de Madrid.

Estos datos los pueden afirmar todos aquellos que hemos convivido a su lado durante la Guerra Civil”.

Documento firmado por Don Eduardo Ortiz de Landázuri, en Madrid el 3 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³⁰ A esta altura del Juicio, el Juez Instructor procedió a redactar el Pliego de Cargos, haciéndoselo llegar al interesado: resulta:

Haber sido de ideología marxista con anterioridad al 18 de Julio de 1.936, haciendo manifestaciones públicas y gran propaganda de ellas.

Haber colaborado en el periódico "El Motín", publicando una serie de artículos.

Presentar en la Escuela Nacional de Sanidad una memoria de índole marxista titulada "Filosofía, Sociología y Sanidad".

Haberse ofrecido voluntariamente a varias organizaciones hospitalarias, entre ellas la de los Guardias de Asalto, para desempeñar sus actividades de Laboratorio en los primeros tiempos del dominio republicano.

Documento firmado en Madrid el 16 de Diciembre de 1.939, por el Juez Instructor Don Manuel Oñorbe.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³¹ “Al realizar estos cargos, si usted me acusara de un momento de marxismo intelectual en la encrucijada de muchos otros momentos, contenedor cada uno de una distinta inquietud; si usted formulara contra mí la acusación de un sentido crítico excesivamente demoledor y deprimente; si me acusara en fin, de contradicciones consonantes que abocan siempre a una filosofía escéptica, me sentiría orgulloso de haber sido dentro de lo posible, perfectamente encasillado. Porque así ha sido justamente mi vida intelectual. Apenas iniciado en la doctrina que empiezo a conocer,

su personalidad: “Cualidades son éstas que explican de una parte, mi instintiva repugnancia a todo encasillamiento práctico o trascendente: no he pertenecido en mi vida a organización a alguna”⁴³².

Es la traducción de un fuerte espíritu crítico que duda en gran parte de la realidad que le rodeaba. Y esto de modo absolutamente personal, como ejercicio intelectual⁴³³, sin pretender imponer nada a los demás⁴³⁴. En definitiva, el suyo era un pensamiento liberal entendido en el sentido más amplio del término que no podría ser encasillado fácilmente en un determinado grupo político⁴³⁵. Más difícil es seguir el pensamiento de Baquero cuando incoa sobre un “mea culpa” por haberse dedicado a este tipo de actividad intelectual en vez de haber contribuido a bien colectivo nacional⁴³⁶. En fin, poco podemos añadir, pero es evidente, que Baquero desde su labor callada del Laboratorio del Hospital del Rey, contribuía diariamente al crecimiento científico de la Nación. Así, este tipo de declaraciones sólo pueden ser contempladas desde la humildad de Baquero. En definitiva, en Baquero se observa profundas vacilaciones intelectuales propias de un espíritu de la talla de un gran científico. Además, su actuación no dejó lugar a dudas cuando se formó el grupo compacto de médicos en el Hospital del Rey en torno a Torres Gost durante la Guerra Civil. Su rectitud y honradez personal le llevaron a practicar como el que más el Socorro Blanco y la ayuda a multitud de refugiados, como ya hemos visto en numerosos

cuando ya torturo con el análisis la más leve inclinación que pudiera sentir hacia el sectarismo o hacia la simple quietud espiritual. Los módulos fundamentales del modo de ser son aparte de una eterna curiosidad, la duda y la contradicción. Caracteres que modelan mi psicología, haciendo de mí el hombre que al mismo tiempo que está mutilado permanentemente para la acción, esta siempre torturado por un sentido autocrítico extraordinariamente desarrollado”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³² Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³³ “Mis escritos sanitarios sociales fueron mera expresión de vacilaciones y de dudas personales”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³⁴ “Faltaría descaradamente a la verdad, sin negara que tanto en estas manifestaciones escritas como en otras de polémica amistosa entre compañeros y siempre de un modo privado, he sostenido criterios que pueden hacerme pasar por hombre identificado con algunos principios de racionalismo materialista, pero asimismo y como contra réplica, estime usted, la imposibilidad absoluta en que se encuentra para considerarme marxista cuando ni los propios marxistas de verdad me han estimado nunca como tal”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³⁵ “Todo lo dicho hasta ahora, refleja exactamente el concepto que tenía yo mismo de mi dilettantismo ideológico. Dilettantismo que en síntesis, me ha hecho aparecer como marxista entre los enemigos de marxismo, e idealista y dogmático entre los propios marxistas”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³⁶ “A mi me caben responsabilidades en el gran delito que hemos cometido muchos españoles, al olvidar que por encima de las inquietudes personales, casi diría mejor, vanidades personales, existen los sagrados deberes de la comunidad nacional”.

Documento firmado por Don Gregorio Baquero, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

ejemplos⁴³⁷.

El resumen del proceso de expediente del Doctor Baquero tuvo lugar en Enero de 1.940, considerando el Juez Instructor que debía inhabilitarse a Baquero para puestos directivos y de mando durante un período de cinco años⁴³⁸.

No obstante, podemos observar el carácter burocrático y sin trascendencia de estos largos juicios, pues tan sólo dieciocho días después de esta resolución se le comunica a través del mismo Palanca que se reincorpore a su plaza de Encargado del Laboratorio del Hospital⁴³⁹.

Además, pronto se le encomiendan tareas de confianza. En 1.941, atendiendo a necesidades derivadas de las circunstancias Sanitarias de aquel entonces, se dispuso que Don Gregorio Baquero quedase Agregado al Instituto Hematológico y Hemoterápico Español, en condición de enlace entre éste y el Hospital del Rey⁴⁴⁰.

Asimismo en junio de 1.941, se designa Tribunal para proceder al estudio y ordenación de las solicitudes de los aspirantes a destinos calificados de elección en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. En esta ocasión el Doctor Baquero pasa a desempeñar el cargo de Médico de Laboratorio del Hospital del Rey, con plaza en propiedad⁴⁴¹.

⁴³⁷ “El número de falsedades en sus dictámenes de Laboratorio, para poder ayudar a los perseguidos, es enorme, siempre en colaboración con los demás. Hizo para que no pudieran ser cogidos "in fraganti" una vacuna con gérmenes de Fiebre de Malta, que hacían las aglutinaciones positivas en los presuntos enfermos beneficiados. Siempre estuvo con los demás médicos cuando la horda hospitalaria se encrespaba, hecho que desgraciadamente era muy frecuente. Participó asimismo en la ayuda económica en el Socorro que se hizo en el Hospital bajo la dirección del Doctor Torres Gost”.

Documento firmado en Madrid, el 22 de Diciembre de 1.939, por el Doctor Enrique Sobrini Hipolit Médico de Guardia del Hospital del Rey.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³⁸ “Su actuación durante el dominio republicano, ha sido en colaboración de los elementos nacionalistas del Hospital, calificando tal actuación de meritoria; rechazando el cargo de Inspector Provincial de Sanidad de Madrid, exponiéndole al Subsecretario Señor Planelles, que no compartía su política. Sin embargo, considerando su ideología de matiz izquierdista, fallo que debo proponer y propongo la inhabilitación para puestos directivos y de mando durante un período de cinco años, del Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, Don Gregorio Baquero Gil”.

Documento firmado en Madrid el 8 de Enero de 1.940, por el Juez Instructor Don Manuel Oñorbe, de conformidad con la Ley de 10 de que último. Dicho resultado fue comunicado al interesado a través del Director General de Sanidad, Palanca. Al Habilitado, se le acreditó en nómina a partir de esa fecha el 50% de sus haberes, en cumplimiento de la Orden de la Vicepresidencia del Gobierno de 2 de Junio de 1.939, publicado en el Boletín Oficial del 4 de Junio.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴³⁹ “Resuelto el expediente de depuración instruido a usted, el Excelentísimo Señor Ministro de la Gobernación, ha tenido a bien disponer en Orden de esta fecha, pase usted a ocupar, con carácter interino, en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, la plaza de encargado del Laboratorio”.

Documento firmado por el Director General de Sanidad, Palanca, el 26 de Enero de 1.940, comunicándole también que seguirá percibiendo sus haberes que, como Jefe de Negociado de tercera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, le corresponden.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁴⁰ Documento firmado en Madrid el 4 de Junio de 1.941 por Palanca, Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁴¹ Documento firmado en Madrid, el 25 de Octubre de 1.941. Este Tribunal, fue instituido en uso de las atribuciones que le confirió la Orden de 20 de Febrero de 1.941, dictada para aplicación del Decreto de 2 de Noviembre de 1.940. El haber anual del Doctor Baquero sería a partir de entonces de 7.200 pesetas, que le correspondían por su empleo de

Lógicamente, la antigüedad y la valía profesional del Doctor Baquero provocaron un ascenso profesional casi continuo, llamando la atención la estabilidad profesional en su puesto como Médico de Laboratorio del Hospital del Rey⁴⁴².

También, una consecuencia que se deriva de su prestigio profesional es su participación como miembro de Tribunal de diversas oposiciones⁴⁴³.

El Doctor Baquero se jubiló el 28 de Noviembre de 1.973.

Jefe de Negociado de tercera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional haciéndose efectivas del capítulo primero, artículo primero, grupo séptimo, concepto quinto, sección tercera del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁴² -Jefe de Negociado de Segunda Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, con el haber anual de 8.400 pesetas, con efectividad de 23 de Mayo de 1.942. (Producida la vacante por el pase del titular al servicio del Patronato Nacional Antituberculoso.) Recordemos que el Doctor Baquero era Jefe de Negociado de Tercera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional desde el 30 de Junio de 1.934.

-Médico Primero del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional (producida la vacante por fallecimiento del titular de la misma). Con el haber anual de 11.520 pesetas, con efectividad de 10 de Diciembre de 1.952, quedando confirmado en el cargo de Médico de Laboratorio del Hospital del Rey.

-Médico Jefe de Segunda Clase, con el haber anual de 16.800 pesetas, quedando confirmado en el cargo de Médico de Laboratorio del Hospital del Rey, con fecha de 13 de Septiembre de 1.954, por modificación de la plantilla presupuestaria del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y en armonía con lo prevenido en el Reglamento de Personal de la Dirección General de Sanidad aprobado por Decreto de 20 de Marzo de 1.951.

-Médico Jefe de Primera Clase con el sueldo anual de 25.560 pesetas, con efectividad de 22 de Septiembre de 1.960, en virtud de la vacante producida por ascenso de titular de la misma, confirmado en el cargo de Médico de Laboratorio del Hospital del Rey. (En 1.965, se le asciende económicamente a 25.920 pesetas por existir la correspondiente dotación vacante en la plantilla del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, confirmándosele en el cargo de Médico Jefe de Laboratorio del Hospital del Rey. Las últimas denominaciones del puesto del Doctor Baquero fueron las de Jefe de Unidad Médica).

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

⁴⁴³ Vocal de Tribunal para juzgar el Concurso convocado el 30 de Mayo de 1.942 para cubrir plazas de enfermeros del Hospital del Rey.

Vocal de Tribunal para juzgar el Concurso convocado el 30 de Mayo de 1.942, para cubrir plazas de Ayudante de Desinfección del Hospital del Rey.

Vocal de Tribunal para juzgar el Concurso convocado el 30 de Mayo de 1.942 de los para cubrir una plaza de Enfermera del Hospital del Rey.

APHR. Ficha personal de Gregorio Baquero Gil.

2.3 LA ASISTENCIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DEL REY: UNA LECTURA A TRAVÉS DE SUS HISTORIAS CLÍNICAS.

2.3.1 INTRODUCCIÓN

2.3.1.1 EL DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL CONTAGIO Y LOS GÉRMESES. LA EPIDEMIOLOGÍA.

Previo al estudio de las enfermedades infecciosas del Hospital del Rey creemos considerado hacer un análisis de la evolución histórica del concepto del contagio y de los gérmenes. Ello nos permitirá enmarcar adecuadamente el estudio de las enfermedades infecciosas del Hospital del Rey⁴⁴⁴.

A lo largo de historia, la evolución de términos como contagio o germen se ha visto influenciada por las innumerables capas de connotaciones que previamente se habían desarrollado sobre dichos conceptos. Es indudable que el peso de siglos pesa sobre la palabra germen o miasma.

Haciendo un intento de definición de estos confusos términos, tendríamos que empezar hablando de las diferentes interpretaciones que se han realizado a lo largo de historia sobre la causa o explicación de la enfermedad.

Si en la antigüedad se remontaban a causas cosmológicas o divinas, con el advenimiento de épocas de secularización se prefiere hablar de causas inmediatas o locales en el ambiente que rodea al individuo. Por último, con la moderna bacteriología se acentúa el papel del agente causal, ignorando causalidades de tipo remoto o próximas al individuo, así como los factores predisponentes.

Coincidiendo con la evolución de estas concepciones, podemos definir miasma como un término que hace referencia a las causas de enfermedad de tipo más general. El concepto de contagio es algo más próximo al individuo y hace referencia a la causa excitante o que pone en marcha el desarrollo de la enfermedad. Por último, podríamos situar el concepto de infección a medio camino entre los dos anteriores.

⁴⁴⁴ Para la realización de esta introducción he seguido a: PELLING, M., Contagion/Germ Theory/specificity. EN: BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine, I*, London and New York: Routledge, Pág. 309-334, 1993. He de advertir que todos los trabajos que se citan en las sucesivas notas han sido tomados a partir de las referencias proporcionadas por Margaret Pelling en este capítulo de libro.

El concepto de germen quizás es el más complejo de explicar. Históricamente se definieron como tal organismos no completamente desarrollados que precisaban un proceso de germinación previo al desarrollo de la enfermedad.

La confusión aumentó con la era bacteriológica, reservándose el concepto de contagio para el proceso de transmisión de agentes causales (ya sean bacterias o gérmenes) entre personas y el de infección para el proceso de enfermar propiamente dicho⁴⁴⁵.

Históricamente el concepto de enfermedad también se ha visto en constante evolución.

En la medicina Hipocrática y Galénica, la enfermedad era considerada como algo totalmente único e individual. La enfermedad sólo podía interpretarse correctamente teniendo en cuenta la constitución individual de la persona y sus circunstancias históricas y ambientales. Es más, únicamente se practicaba una medicina estandarizada o impersonal para grandes grupos de soldados o esclavos⁴⁴⁶.

Frente esta visión holística de la enfermedad, posteriormente tiene lugar el desarrollo de una teoría ontológica de la enfermedad. Se pone el énfasis en la entidad propia de cada enfermedad con un patrón específico determinado que se repite en cada individuo. Es así como se desarrolla el concepto de especificidad.

Evidentemente entre ambos extremos existen numerosos posicionamientos intermedios, representados por numerosos autores a lo largo de la historia.

Mencionamos a continuación alguno de los hechos más destacados en la evolución del concepto de contagio y enfermedad que han tenido lugar a lo largo del historia.

En la edad media, la influencia poderosa de las grandes plagas se nota en el desarrollo de prácticas como la cuarentena y la aparición de grandes tratados sobre plagas. En éstos se ofrecen numerosos consejos de tipo médico y espiritual en temas de pestilencia⁴⁴⁷.

En el renacimiento destacan autores como Fracastoro que introduce el concepto de fomes y fómites, para referirse al papel de los objetos inertes en la transmisión de las enfermedades.

Paracelsus (1493-1541) durante esta época ofrece una visión de la enfermedad como algo que afecta localmente el cuerpo, restando credibilidad a la teoría de los humores de Galeno que consideraba el cuerpo como algo global⁴⁴⁸.

⁴⁴⁵ BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, Pág. 314, 1993.

⁴⁴⁶ BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, Pág. 317, 1993.

⁴⁴⁷ CARMICHAEL A, *Plague and the poor in early renaissance Florence*, Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

⁴⁴⁸ BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, Pág. 319, 1993.

Durante los siglos XVII y XVIII tienen lugar innovaciones tecnológicas que permiten las primeras observaciones microscópicas, influyendo de forma notable sobre la aparición de la teoría de los animalículos para explicar la enfermedad⁴⁴⁹.

Durante el siglo diecinueve tiene lugar la aparición de los anticontagionistas. Se trata de un grupo de autores influenciado por la filosofía escéptica de David Hume.

Estos autores observan que determinadas enfermedades infecciosas predominan de forma local en algunos países alejados de Europa. Ellos ponen en duda la verdadera existencia de estas plagas o enfermedades, pues el punto de vista o el pensamiento de estos alejados países dudosamente resistiría el análisis racional de la Europa de la época. Evidentemente el grupo de los anticontagionistas fue siempre una minoría. El resto de científicos de aquellos años prefirieron hacer una división de las enfermedades como epidémicas, endémicas y contagiosas⁴⁵⁰.

En aquella época, en Inglaterra y Gales se solicita al científico William Farr (1807-1883) la realización de una clasificación de enfermedades con propósitos estadísticos.

En la clasificación de Farr, destaca el carácter de especificidad que se le da a la enfermedad infecciosa con un patrón de comportamiento predecible y que se repite en cada epidemia y de individuo a individuo. Es curioso que esta especificidad de cada enfermedad viene dada por su comportamiento y características observadas y no alude al agente causal como tal⁴⁵¹.

Las epidemias de cólera que se producen entre 1840 y 1860 favorecen de nuevo las especulaciones sobre el origen de las enfermedades epidémicas. Precisamente, de la mano de las observaciones microscópicas de aquellos años viene la teoría del "Contagium vivum", que de algún modo exigía la demostración ocular de los agentes causales de la enfermedad⁴⁵².

Es precisamente Pasteur quien establece la teoría sobre los gérmenes y sugiere la presencia de verdaderos microorganismos. Basándose en sus estudios sobre las variedades de fermentación, fue un ferviente opositor a la teoría de la generación espontánea⁴⁵³.

Sin embargo, las observaciones de Pasteur sobre la fermentación estaban basadas en un proceso químico, no morfológico. Pasteur no llegó nunca a especificar si sus gérmenes eran precursores latentes (el genuino concepto de germen) o auténticos organismos desarrollados.

⁴⁴⁹ GASKING E, *Investigations into generation, 1651-1828*, London: Hutchinson, 1967.

⁴⁵⁰ BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, Pág. 323, 1993.

⁴⁵¹ EYLER J, *Victorian social medicine: the ideas and methods of William Farr*, Baltimore and London: Johns Hopkins University Press, 1979.

⁴⁵² BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, Pág. 326, 1993.

⁴⁵³ ROLL-HANSEN N, Louis Pasteur, a case against reductionist historiography, *British Journal of the Philosophy of Science*, Vol. 23, Pág. 351, 1972.

El concepto de microorganismo tal y como entendemos actualmente, se lo debemos a Koch (1843-1910), cofundador de la moderna bacteriología.

Su secuencia de descubrimientos sobre la progresiva dilución de una muestra contaminada demostrando que no altera la persistencia de su virulencia, la introducción de medios sólidos de cultivo y la aplicación del modelo experimental en el que una determinada enfermedad infecciosa podía ser inoculada de forma repetida a individuos susceptibles, produjeron lo que se ha venido llamando la revolución bacteriológica⁴⁵⁴.

Como ya ha quedado comentado, esta revolución bacteriológica daría paso a una época de determinismo biológico. Sin embargo, la historia demuestra una y otra vez que no todo es tan sencillo, y el determinismo biológico daría paso de nuevo a concepciones multifactoriales del concepto de enfermar.

Muy en relación con la evolución de la noción histórica del concepto de germen y de contagio está la del desarrollo de la Epidemiología como ciencia. Haremos también, por su relación con el propósito de nuestra Tesis, una pequeña reseña histórica sobre este aspecto.

La epidemiología como ya se ha dicho con anterioridad, etimológicamente viene de "epi demos", esto es lo que está o cae sobre el pueblo. De esta forma, la epidemiología viene a ser el estudio de cualquier tipo de enfermedad como fenómeno de masas⁴⁵⁵.

Como muchas otras áreas de la ciencia moderna, si nos remontamos a la antigüedad podemos encontrar que pensadores como Hipócrates o Galeno habían realizado las primeras incursiones en la materia a través de sus planteamientos sobre el origen de la enfermedad.

Así, en el Corpus hipocráticum existe un volumen titulado "Epidemias"⁴⁵⁶ y otro tratado sobre "Aire, agua y lugares"⁴⁵⁷. En estas obras se recalca la importancia de la influencia de factores ambientales externos en los patrones de distribución de enfermedades endémicas y epidémicas⁴⁵⁸.

Cinco siglos más tarde, Galeno vuelve a insistir en el mismo aspecto, aunque dando sus planteamientos un carácter más práctico y próximo al paciente⁴⁵⁹.

⁴⁵⁴ BYNUM W, PORTER R, *Companion encyclopedia of the history of medicine*, London and New York: Routledge, Pág. 329, 1993.

⁴⁵⁵ GREENWOOD M, *Epidemics and crowd diseases*, Loondon: Williams and Norgate, Pág. 15, 1935.

⁴⁵⁶ HIPÓCRATES, *Tratados hipocráticos, Obra completa. Volumen V: Epidemias*, Madrid: Editorial Gredos, 1989.

⁴⁵⁷ HIPÓCRATES, *Tratados hipocráticos, Obra completa. Volumen II: Sobre los aires, aguas y lugares; Sobre los humores; Sobre los flatos; Predicciones I; Predicciones II; Prenociones de Cos*, Madrid: Editorial Gredos, 1997

⁴⁵⁸ LLOYD G, *Hippocratic writings*, Harmondsworth: Penguin Classics, Pág. 148-149, 1983.

⁴⁵⁹ NUTTON, V, *The seeds of disease: an explanation of contagion and infection from the greeks to the renaissance*, *Medical History*, Vol. 27, Pág 1-34, 1983.

Desde la antigüedad, habría que esperar hasta el siglo XVI-XVII para que apareciesen los primeros intentos de desarrollo de la epidemiología, sobre todo en lo que se refiere al proceso de cuantificación objetiva de distintas enfermedades.

De esta forma, en 1662 Graunt publica su obra "Observaciones naturales y políticas"⁴⁶⁰ donde recoge el primer análisis serio y objetivo sobre la mortalidad de la Inglaterra de su época⁴⁶¹.

Sin embargo, el primer científico en incorporar el análisis matemático al estudio epidemiológico fue el francés Pierre Louis. En su obra "El método numérico" realiza un análisis cuantitativo sobre la tuberculosis que influyó en generaciones y generaciones de estudiantes⁴⁶².

En el siglo diecinueve, la epidemiología está muy vinculada a la salud pública y los jóvenes epidemiólogos tienen la oportunidad de desarrollar sus trabajos de forma directa y práctica sobre determinados brotes epidémicos.

En este sentido, destacan los trabajos de Peter Panum sobre una epidemia de sarampión en las remotas Islas Faroe. En este estudio destaca el análisis observacional y el estudio de seguimiento de casos⁴⁶³.

También destaca el conocido análisis de Snow sobre el brote de cólera en 1854 en Londres y su relación con la bomba de agua de Broad Street⁴⁶⁴.

Precisamente, estos trabajos a pesar de pertenecer a la época pre-bacteriológica, sacan conclusiones que permiten afirmar como más plausible la teoría de contagio sobre la teoría miasmática.

Y en este repaso histórico sobre la progresiva incorporación del método matemático a la moderna epidemiología acabamos señalando la importancia del autor inglés Major Greenwood. A él debemos la incorporación de la estadística como parte integral del conjunto de la medicina en general, y como sustento primordial sin el cual no puede llegar a entenderse la moderna epidemiología⁴⁶⁵.

Sin embargo, no solamente de estadística se nutre la epidemiología. Es lógico comprender la revolución que supuso para esta materia el advenimiento de la época bacteriológica. El

⁴⁶⁰ GRAUNT J, *Natural and political observations mentioned in a following index, and made upon the bills of mortality*, London: Roycroft and Dicus, 1662.

⁴⁶¹ LASLETT P, *The earliest classics: John Graunt and Gregory King*, London: Gregg International, Pág. 2, 1973.

⁴⁶² LOUIS P, *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émetique et des vésicatoires dans le pneumonie*, Paris, J.B: Bailliere, Pág. 75-76, 1835.

⁴⁶³ PANUM P, *Iagttagelser, anstillede under Maeslinge-Epidemien pa Faerøerne i Aaret 1846*, *Bibliothek for Laeger*, Vol. 1, Pág. 270-344, 1847.

⁴⁶⁴ LILIENFELD D, LILIENFELD A, *Epidemiology: a retrospective study*, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 106, Pág. 445-459, 1977.

⁴⁶⁵ HOGBEN L, *Major Greenwood 1880-1949, Obituary notices of fellows of the royal society of London*, Vol. 7, Pág. 139-154, 1950-1951.

descubrimiento del papel de los Bacteridia en la etiología del Antrax por Davaine en 1860, fue definitivamente probado por Koch una década más tarde. Esto unido al desarrollo del método de vacunación por Louis Pasteur, supuso el comienzo de la moderna bacteriología, que impulsó lógicamente una novedosa concepción de la epidemiología⁴⁶⁶.

Esta nueva concepción de la epidemiología dio lugar en muchos casos a una inusitada euforia que llevó a pensar a muchos que por el mero hecho de conocer el agente causal se produciría un rápido control sobre epidemias y enfermedades infecciosas⁴⁶⁷.

El advenimiento de la terrible pandemia de gripe de 1918-19 supuso la demostración firme de lo vulnerable que era la población a pesar del desarrollo de la moderna bacteriología. La epidemiología se concienció entonces de que el conocimiento de los agentes infecciosos era una parte muy importante, pero no suponía una respuesta global para todos los problemas de salud.

Es entonces cuando se retoman aspectos olvidados de la epidemiología: se vuelve a ver la epidemia no sólo como fruto de un solo agente causal, sino como una conjunción de factores ambientales y de susceptibilidad de la población⁴⁶⁸.

La aparición de la antibioterapia, junto a la desaparición de la viruela en 1979 han supuesto hitos extraordinarios en la historia de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, el supuesto fin de las enfermedades infecciosas, augurado por no pocos científicos, no ha tenido lugar. En nuestros días, somos testigos de la presencia de nuevos retos como la aparición de preocupantes resistencias bacterianas a los antibióticos, y la no menos preocupante pandemia de SIDA.

⁴⁶⁶ ROSEN G, Problems in the application of statistics analysisi to questions of health: 1700-1880, *Bulletin of the history of medicine*, Vol. 29, Pág. 27-45, 1955.

⁴⁶⁷ TOP F, *The history of American epidemiology*, St Louis: Mosby, Pág. 115-116, 1952.

⁴⁶⁸ TOP F, *The history of American epidemiology*, St Louis: Mosby, Pág. 115-116, 1952.

2.3.1.2 INTRODUCCIÓN. LA TECNOLOGÍA MÉDICA A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

2.3.1.2.1 Introducción

Al abordar, con el objetivo de conocer cómo se llevaba a cabo la práctica clínica en el Hospital del Rey, un aspecto que es preciso considerar es el relacionado con la presencia en las historias clínicas de documentos relativos a diversas exploraciones. En ese sentido, y al objeto de conocer el momento en el que se encontraban pruebas como los análisis de sangre y orina, o la exploración radiológica, me ha resultado muy útil el trabajo de Joel de Howell. Este autor realiza un estudio sobre el cambio experimentado en la manera de utilizar la tecnología médica en un periodo justamente anterior al de la inauguración del Hospital del Rey. A través de su lectura es posible por tanto obtener información sobre los principales recursos tecnológicos que estaban presentes en los centros hospitalarios en ese momento⁴⁶⁹.

Para el desarrollo de la presente Tesis, hemos intentado hacer un esquema comparativo tomando como modelo el libro titulado “Technology in the Hospital”⁴⁷⁰. El motivo por el que hemos elegido este texto es la presencia de similitudes detectadas entre ambos trabajos.

Es un libro que trabaja históricamente intentando reconstruir los años de principio de siglo XX, más en concreto entre 1900 y 1925. El Hospital del Rey empieza su andadura en 1924, con lo que puede decirse que son estudios contemporáneos. Por otra parte, aunque el objetivo final de ambos trabajos es distinto, sí podemos destacar que ambos usan como fuentes históricas las historias clínicas de los Hospitales estudiados.

El objetivo primordial del estudio es evaluar el cambio experimentado en la manera de utilizar la tecnología médica, es decir su uso en el cuidado de los pacientes a través de los primeros veinticinco años de siglo XX. Para ello estudia dos hospitales en dos ciudades de Estados Unidos: el New York Hospital, de New York City; y el Pennsylvania Hospital, en Filadelfia⁴⁷¹. Las historias clínicas elegidas comprenden el período de tiempo comprendido entre 1900 y 1925. El objetivo principal tiene una doble vertiente: por un lado se describe la aparición de las nuevas tecnologías, pero no se termina ahí, sino que se sigue la evolución e integración de

⁴⁶⁹ Para la realización de esta introducción he seguido a: HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995. He de advertir que todos los trabajos que se citan en las sucesivas notas han sido tomados a partir de las referencias proporcionadas por Howell en este libro.

⁴⁷⁰ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995.

⁴⁷¹ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 21, 1995.

dicha tecnología en el complejo entramado sanitario, integrado por médicos, personal de enfermería y enfermos. Para ello, el primer paso lo constituye el análisis de las características de las historias clínicas propiamente dichas, incluyendo su longitud, los tipos de gráficos que eran usados y cualquier otro tipo del documento que fuera incluido en su interior.

Quizás haya que señalar que el libro de Howell se basa en un riguroso análisis estadístico⁴⁷² de las historias clínicas. Escoge una muestra suficientemente representativa y posteriormente realiza un análisis estadístico de los datos obtenidos.

Esto constituye una gran diferencia con respecto al estudio realizado sobre las historias clínicas del Hospital del Rey, donde no se ha pretendido realizar en ningún momento ninguna extrapolación estadística, sino tan solo comentar los hallazgos obtenidos de la selección aleatoria de un grupo de historias clínicas. Esta selección se ha realizado siguiendo el método de cala archivística, sin tener en cuenta la posible significación estadística a la hora de escoger el tamaño muestral. Evidentemente, otra gran diferencia lo supone el hecho de que en nuestro estudio no se comparan dos hospitales, entre otras cosas debido a la singularidad del Hospital del Rey dentro del conjunto de Hospitales de España en la época estudiada.

Es verdad que el libro al que hemos aludido tiene un objetivo más teórico y en cierta manera se adentra en temas de Filosofía de la ciencia. Pero también es verdad que se basa en la comparación de las historias clínicas en el periodo señalado entre dos hospitales de Estados Unidos.

Quizás, el planteamiento del estudio realizado en la Tesis del Hospital del Rey es más descriptivo y menos teórico. Pero en definitiva, se describe el desarrollo tecnológico experimentado en el Hospital del Rey en los años comprendidos entre 1924 y la aparición de los antibióticos en España. Y siempre, teniendo como fuentes de referencia histórica las Historias clínicas de pacientes de dicha época.

Existe por otra parte una diferencia esencial: los Hospitales estudiados en Estados Unidos eran Hospitales Generales, mientras que como sabemos el Hospital del Rey era un Hospital monográfico de enfermedades infecciosas. Sin embargo, es curioso comprobar que en este tipo de hospital general estudiados en el libro de Howell, las enfermedades infecciosas fueron inicialmente la causa más frecuente en los pacientes que eran ingresados, durante el período de tiempo estudiado⁴⁷³.

⁴⁷² HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 21, 1995.

⁴⁷³ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 25, 1995.

Por lo tanto, podemos llegar a decir que no sólo el contenido de este estudio se aproxima al nuestro, sino que también el tipo de enfermedades estudiadas coincide, por lo menos en los primeros años de siglo XX, con el Hospital de Enfermedades Infecciosas de Chamartín de la Rosa.

Es quizá una gran oportunidad poder comparar los resultados de estos dos trabajos, teniendo en cuenta la gran calidad y solidez de un autor como Howell.

2.3.1.2.2 La aparición de los Rayos X.

El texto de Howell comienza atrayendo la atención del lector hacia una de las herramientas diagnósticas más innovadoras y revolucionarias de los años de principio de siglo XX: los rayos X.

Es evidente que en 1925, los exámenes con Rayos X habían llegado a ser rutinarios en los hospitales de Estados Unidos, sobre todo en los enfermos en los que se sospechaban fracturas óseas⁴⁷⁴. Desde su introducción en los Hospitales a finales del siglo XIX, los rayos X tienen que irse aceptando por parte del personal sanitario de la época. Es decir, una cosa es poder contar con la presencia de una máquina nueva en la habitación de un Hospital y otra muy distinta es que esa máquina entre a formar parte de la rutina habitual del Hospital.

El ejemplo del aparato de Rayos X supone un paradigma de la progresiva incorporación y aceptación de la nueva tecnología por parte de la clase médica. Es de todos conocido que la aparición de los Rayos X tuvo una gran repercusión e impacto social. La publicación de las primeras imágenes proporcionadas por el moderno aparato de rayos X, conmocionó al mundo entero. Pronto fue visto como algo realmente científico y moderno⁴⁷⁵.

Por este motivo, no fue raro que todos los Hospitales quisieran contar con un aparato de rayos X, aunque no supieran muy bien qué hacer con él. Y es que dentro de las paredes del hospital las ideas científicas eran percibidas como algo de gran importancia, teniendo incluso más valor que la atención inmediata de los pacientes.

Al mismo tiempo que se comprendía que la tecnología suponía un gasto económico muy elevado, se daba por sentado que la propia tecnología estaba acreditada por la cantidad de alivio que provocaba sobre el sufrimiento humano. En esta balanza, ningún intento por impedir el

⁴⁷⁴ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 3, 1995.

⁴⁷⁵ REISER, Stanley J, The science of diagnosis: Diagnostic Technology, en: *Companion Encyclopedia of the history of medicine*, London: Ed. Routledge, 2: Pág. 826-51, 1993.

desarrollo de las nuevas tecnologías saldría victorioso. El coste económico siempre merecía la pena en la búsqueda de nuevos y mejores tratamientos para luchar contra las enfermedades⁴⁷⁶.

Sin embargo, a pesar de todas las dificultades expuestas, el aparato de rayos X se abrió camino y con los años se convirtió no sólo en algo rutinario en la dinámica hospitalaria, sino que llegó a ser insustituible. Esto, como veremos más adelante, no pasó con todas las nuevas invenciones o tecnologías. Hubo muchos ejemplos de máquinas arrinconadas y olvidadas en los sótanos sombríos de los Hospitales. En estas páginas se intentará explicar el motivo de tal diferencia.

2.3.1.2.3 El uso clínico de la máquina de Rayos X.

Dado que la aparición de los Rayos X supuso un antes y un después en la vida de los Hospitales de principios de Siglo XX, merece la pena hacer un análisis detallado del proceso de incorporación de dicha tecnología.

Como todo procedimiento innovador, el uso de los rayos X, tuvo que abrirse paso en una mentalidad médica anclada en el pasado. Sin embargo, los resultados de la técnica de los rayos X no sólo fue evidente para los médicos y científicos de la época, sino que fue divulgada en los periódicos y revistas generales con gran aceptación por parte de la sociedad. La publicación por ejemplo de la radiografía de una mano causó gran conmoción en todos los países civilizados de la época⁴⁷⁷. Se podían ver los huesos humanos de un ser vivo⁴⁷⁸. No es de extrañar esta conmoción pues los huesos estaban relacionados con lo que quedaba tras la muerte. El hecho de poder ver con tal detalle la osamenta de un vivo fue la causa de tal revuelo. De este modo, una vez ganada la batalla de la popularidad, los rayos X ya revestidos con una aureola de ciencia, tenían que ganar otra batalla: la de abrirse frente en el propio funcionamiento de los Hospitales.

No obstante, a los grandes clínicos de principios de siglo que tenían un gran concepto de la exploración física, les supuso muchos reparos el aceptar que un instrumento mecánico pudiera ser superior a un clínico bien entrenado⁴⁷⁹. Los propios médicos no discutían que los rayos X fuera un gran descubrimiento. El problema comenzaba cuando se trataba de convencer a un clínico de que la radioscopia podría ser un arma de gran ayuda que complementara el meticuloso

⁴⁷⁶ WEISER, Mark, The computer for the Twenty-first century, *Scientific American*, New York: 265, nº3, Pág. 94-194, 1991.

⁴⁷⁷ HERING, D. W, A year of the X-rays, *Popular science monthly*, New York: Ed. Western and Company, Vol. 50, Pág. 654-662, 1896.

⁴⁷⁸ *New York Times*, January 16, Pág. 9, 1896.

⁴⁷⁹ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 108, 1995.

examen clínico, en el que una experta auscultación podía delimitar perfectamente una neumonía. ¿Para que se necesitaban más pruebas?⁴⁸⁰

Además no faltaba quien pensaba que la excesiva tecnología iba a separar al médico de la cabecera de sus pacientes. Existe una ilustración famosa de 1926 de un autor llamado John Sloan, en la que dos radiólogos comentan la radioscopia que están practicando a un paciente⁴⁸¹. En dicha ilustración parece que el paciente estaría muy interesado en poder observar la imagen de si mismo, y además unirse a la discusión de los dos médicos. Sin embargo en dicha ilustración los médicos están mirando fijamente la radioscopia y hablando entre ellos, sin dar ninguna opción de participar al paciente. Es más, éste tiene que estar lo más quieto y callado posible para la que la prueba se desarrolle sin problemas. Los médicos no están interesados en hablar con esa persona sino en examinar sus órganos. Es sólo un ejemplo, pero ilustra lo que algunos han sugerido de que las máquinas: inevitablemente distancian a los pacientes de los médicos.

No se puede dejar de reconocer que la tecnología entendida como maquinaria ha tenido parte de responsabilidad en el progresivo distanciamiento de los médicos con respecto a sus pacientes. El uso de la maquinaria puede haber convertido a los médicos en mejores científicos, pero a la vez los transformó en peores cuidadores de sus pacientes. Son, como vemos, razones de peso contra las que poco se podía argumentar.

Sin embargo, el progreso de los rayos X fue imparable, y hacia 1900 la gran mayoría de los hospitales urbanos en Estados Unidos poseía un aparato de rayos X⁴⁸². El hecho de poseer el aparato, no supuso que se utilizara de forma sistemática en todos los pacientes con fracturas óseas. De hecho, al principio su uso fue bastante infrecuente⁴⁸³. No deja de ser una paradoja el hecho de que un Hospital hiciera un importante desembolso económico en una tecnología que luego se utilizaba de forma escasa. Las razones de esta situación son complejas, pero la principal es la necesidad del cambio de mentalidad del colectivo de médicos que por aquel entonces poblaba las salas de los Hospitales. La entrada en dichas salas de los nuevos aires científicos y de la nueva forma moderna de hacer medicina tendría que darse de forma progresiva. En absoluto la adquisición de una simple máquina cambió esa mentalidad de forma automática e instantánea.

⁴⁸⁰ Report of the Committee of the American Surgical Association on the medico-legal relations of the X-rays, *American Journal of the medical Sciences*, Vol. 120, Pág. 7-36, 1900.

⁴⁸¹ MORSE, Meter, *John Sloan's prints: a catalogue raisonné of the Etchings, lithographs and posters*, New Haven: Yale University Press, 1969.

⁴⁸² HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 111, 1995.

⁴⁸³ HOFFMAN, Frederick L, The statistical experience of the Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland, 1892-1911, *Johns Hopkins Hospital Reports*, Baltimore: Vol 17, Pág. 344, 1916.

Tendrían que pasar veinte años para que su asimilación en el funcionamiento interno del Hospital fuese algo real, y hacia 1920 el uso de los rayos X llegó a ser rutinario en pacientes con fracturas.

Es curioso, observar como en la historia de un instrumento como los rayos X, intervienen factores de muy diverso tipo. El año 1912 supuso un punto de inflexión para los rayos X. En este año la responsabilidad directa sobre la máquina empezó a recaer en un médico adjunto (hasta entonces dicha responsabilidad recaía sobre los médicos en formación o residentes). Esto suponía la creación de un nuevo estamento profesional y por tanto de una nueva especialidad: la radiología⁴⁸⁴. Como se puede comprender, una circunstancia completamente ajena a la tecnología de la máquina de los rayos X, influye decisivamente en que esta tecnología sea considerada como la parte fundamental de una nueva especialidad existente en los hospitales. Desde ese momento el aparato de Rayos X es algo defendido, cuidado y potenciado como perteneciente al núcleo de la nueva especialidad, la radiología. En el fondo se está hablando de quién ejerce la autoridad sobre esa determinada tecnología. Es curioso comprobar que todos estos cambios no se dan hasta pasados treinta años de la introducción de los rayos X en el ambiente hospitalario.

Una vez creada la figura del radiólogo, éste tenía que hacerse un espacio y con un reconocimiento en el interior de los hospitales por parte del resto de profesionales médicos. Una forma de enfatizar esta autoridad fue hacer comprender tanto a los pacientes como a sus compañeros médicos que la radiografías no eran simples fotografías, sino complicadas imágenes difíciles de interpretar, para lo cual había que tener una determinada formación.

La influencia de rayos X fue haciéndose cada vez más patente en todos los ámbitos del hospital. Esto puede comprobarse en las historias clínicas, que no sólo hacen alusión al resultado de las radiografías realizadas a los pacientes, sino que se puede comprobar que el propio método para reflejar la exploración clínica de los pacientes recibe el influjo de los rayos X. De esta manera los hallazgos de la exploración física se empiezan a recoger utilizando primero dibujos esquemáticos y después tampones con esquemas de la anatomía humana en los que quedaban reflejados los distintos hallazgos de la exploración. Es decir, de la misma manera que en una radiografía se puede observar una neumonía o condensación, se intenta realizar un esquema de los pulmones en los cuales queda reflejado los hallazgos de la exploración física, en concreto el

⁴⁸⁴ PFAHLER, George, The early history of roentgenology in Philadelphia: the history of the Philadelphia roentgen ray society, Part I: 1899-1920, *American Journal of Roentgenology*: Stanford University, Vol 75, Pág. 14-22, 1956.

área en el cual la auscultación revela una neumonía. El influjo es evidente⁴⁸⁵. Aunque una neumonía se oye o ausculta, esos ruidos aportados por el fonendoscopio, quedan transformados en un dibujo esquemático donde se localiza y delimita la neumonía. La importancia de lo visual es evidente: cualquier médico que viese ese esquema con un solo vistazo comprendía la situación de la neumonía, sin necesidad de leer una complicada descripción con palabras de la misma. De esta manera, el lenguaje de lo visual, se impuso en la medicina, gracias al influjo decisivo de las nuevas imágenes transmitidas por la radiografía.

De lo dicho hasta ahora, se desprende que el mero hecho de disponer de una nueva tecnología no implica su inmediata aplicación. Es necesario que pase tiempo y se transforme la mentalidad de los médicos y el hospital, para que se pueda asumir el significado y la utilidad de dicha tecnología. Se podría hablar de un complejo proceso en el que tanto la tecnología como los profesionales que la usan y el entorno en el que se usa, todos en conjunto, tienen que sufrir progresivas transformaciones que no pueden producirse de forma inmediata⁴⁸⁶.

La aparición de nuevas profesiones en el hospital.

Cuando surgieron los aparatos de rayos X fueron contemplados por el público en general y por los médicos en particular, como un marcador de la nueva medicina científica. Una podía oír frases en la calle como la siguiente: el aparato de rayos X nunca falla. Cuando se comete error es en la interpretación de las imágenes⁴⁸⁷.

Como hemos dicho con anterioridad, pronto se planteó sobre quién recaía la autoridad de un moderno aparato como los Rayos X. Los radiólogos quedaron a cargo de dicha máquina. Pero ahí no acabó el problema, pues los radiólogos necesitaban no sólo la posesión del nuevo aparato de Rayos X, sino que necesitaban ejercer el control sobre las imágenes producidas⁴⁸⁸ ¿Por qué? Si las imágenes que ofrecían los rayos X fueran accesibles a cualquiera, los jóvenes radiólogos pronto verían su autoridad científica mermada. ¿Cómo se podría controlar el poder sobre la nueva tecnología? Pronto, los radiólogos expresaron la inconveniencia de que las imágenes, es decir las placas obtenidas por los rayos X, fueran asequibles al paciente y a otros profesionales.

⁴⁸⁵ MENDELSSOHN, E, Creating form out of mass: the development of the medical record, en: *Transformation and tradition in the sciences: essays in honor of I. Bernard Cohen*, New York: Cambridge University Press, Pág. 303-316, 1984.

⁴⁸⁶ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 132, 1995.

⁴⁸⁷ DUNHAM, H, Diagnosis by X-rays, en: *The story of clinical Tuberculosis*, Baltimore: Williams and Wilkins, Pág. 212-232, 1941.

⁴⁸⁸ SKINNER, E, The ownership of X-ray plates: Patient and medical attendant entitle to radiologist's opinion, not the plate, *Modern Hospital*, Vol. 1, Pág. 30-31, 1913.

Es decir, se atribuyó una gran importancia a la posesión de las placas obtenidas por los rayos X. El propietario de dichas placas, pasaba a tener una gran autoridad: era el único que tenía una suficiente preparación para su interpretación y por lo tanto pasaba tener la categoría de radiólogo⁴⁸⁹.

En el Hospital del Rey no hemos podido descubrir que se produzca esa latente lucha de poder por el control de los Rayos X. El hecho de ser un Hospital de reciente inauguración implica un mejor reparto de las tareas a desarrollar. Desde 1927, consta como Radiólogo D. Julio Orensanz. Además existen variaciones con respecto a lo comentado con respecto a la autoridad de las imágenes proporcionadas por los Rayos X.

En la sala realizada en el archivo de Historias Clínicas del Hospital del Rey hemos comprobado la existencia dentro de las Historias clínicas de las placas de Rayos X. Es decir, el radiólogo informaba la placa, pero no se la quedaba: la enviaba junto con su informe para que pudieran disponer de ella el clínico que la había solicitado. Esto desde luego tenía una gran importancia, pues se trataba de un Hospital de Infecciosos donde para el clínico poder observar la placa de tórax a la cabecera del enfermo tuberculoso, compaginando auscultación y visualización del proceso morbo, constituía una herramienta excepcional al servicio del propio enfermo.

La tecnología en el mundo sanitario: definiciones y explicaciones.

Una vez considerado un ejemplo fundamental de la tecnología como son los Rayos X, convendría hacer referencia a las diferentes nociones de tecnología que se han apuntado por parte de distintos pensadores. Algunos historiadores se han referido a la tecnología médica poniendo énfasis únicamente en el sentido estricto de máquina, es decir el artefacto físico es sí mismo⁴⁹⁰. En el otro extremo, otros analistas han tomado la definición de tecnología médica desde un punto de vista lo suficientemente extenso para incluir el sistema sanitario de salud por completo. Es decir, una visión global de las múltiples relaciones que entran en juego en la creación, desarrollo e integración de la tecnología⁴⁹¹.

⁴⁸⁹ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 160, 1995.

⁴⁹⁰ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 8, 1995.

⁴⁹¹ BATTISTA, R, Innovation and diffusion of health-related Technologies: a conceptual framework, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press, Vol. 5, Pág. 227-248, 1989.

No hace falta decir que contemplar el desarrollo de la tecnología médica simplemente como expresión de la aparición de nueva maquinaria, supone una concepción muy simplista. Esto supondría lógicamente poner el énfasis en la importancia de la invención de la tecnología, despreciando el proceso por el cual el uso de la tecnología interacciona con el aspecto humano de la medicina.

Como ejemplo de lo dicho, hay que tener en cuenta que muchas tecnologías a pesar de ser grandes inventos, no llegaron a tener el desarrollo que se esperaba. Es aquí donde entra el factor humano de la libertad, y en concreto las preferencias personales de los médicos de cada época por usar determinadas tecnologías.

Continúa siendo un misterio cómo la mentalidad científica de cada época influye en la aparición de una determinada tecnología, que a su vez influye y moldea las características de la mentalidad científica en los siguientes años.

La otra perspectiva: el punto de vista del paciente.

Continuando con esa concepción global de la tecnología, sería injusto intentar explicar la evolución y la adaptación de la tecnología sin tener en cuenta la rica interrelación con los pacientes.

De hecho, uno de los caminos que los historiadores han utilizado para construir la historia social de la tecnología médica ha sido el de focalizarse en la experiencia individual de las personas enfermas⁴⁹². Es evidente que las historias clínicas de los pacientes constituyen un método indirecto de las experiencias personales de los propios enfermos⁴⁹³. El problema radica en que estas historias han sido creadas por los médicos y no por los pacientes. Hay que reconocer que las historias médicas escritas por el personal sanitario tienen un enorme potencial de distorsión de las experiencias de los pacientes⁴⁹⁴. Además hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones, sobre todo en los primeros años de funcionamiento del Hospital del Rey, las anotaciones clínicas de los médicos son muy concisas y breves. Existen casos en los que meses de ingreso, quedan reflejados en una sola hoja de curso clínico. Muchas veces el médico se limitaba a resumir: continúa igual. Es evidente que dentro de ese “continúa igual”, hay poco espacio para reflejar los sentimientos del propio paciente.

⁴⁹² HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 12, 1995.

⁴⁹³ GUENTER, B, WARNER, J, *Reconstructing clinical activities: patient records in medical history*, *Social History of Medicine*, Oxford: Oxford University Press, Vol. 5, Pág. 183-205, 1991.

Sin embargo, aunque las historias médicas muy raramente relatan los sentimientos de los pacientes con sus propias palabras⁴⁹⁵, sí que nos pueden dar una idea de las actividades que los propios enfermos hacían en el hospital.

Es decir, constituyen un método indirecto para reconstruir, al menos la parte externa del día a día (dejando a un lado los sentimientos) de la vida del paciente.

Una de las principales novedades que se empiezan a dar en los modernos hospitales de principios de siglo XX, es que los pacientes dejan de estar permanentemente postrados en su cama, sin salir de su sala. De forma progresiva, atendemos a una mayor movilidad, que se explica en parte por el creciente dinamismo de los Hospitales.

De esta manera, podemos conocer que a principios del siglo XX, los pacientes empiezan a realizar pequeños trayectos desde los pabellones en los que estaban instalados a los llamados servicios centrales, para hacerse extracciones de sangre, radiografías, etc⁴⁹⁶. Esto nos demuestra que el hospital se transforma completamente, pasando de ser algo estático y pasivo, a tener una organización dinámica y compleja, en la que la tecnología y el paciente interaccionan de forma constante.

Supone la culminación de un largo proceso en el cual el cuidado médico se desplaza desde los propios hogares de los enfermos hacia los hospitales. Estos hospitales sufren una progresiva modificación desde estructuras rudimentarias dedicadas única y exclusivamente al almacenamiento y aislamiento de los enfermos, para convertirse de forma progresiva en estructuras altamente especializadas⁴⁹⁷.

Buscando la tecnología de aplicación universal.

A finales del siglo XIX, los organismos causantes de algunas enfermedades infecciosas habían sido recientemente descubiertos. Tal es el caso de la tuberculosis y el cólera.

⁴⁹⁴ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 14, 1995.

⁴⁹⁵ WARNER, J, Reconstructing clinical activities: patient records in medical history, *Social History of Medicine*, Oxford: Oxford University Press, Vol. 5, Pág. 183-205, 1992.

DUDEN, B, *The women beneath the skin; a doctor's patients in eighteen-century germany*, Cambridge: Harvard University Press, 1991.

⁴⁹⁶ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 15, 1995.

⁴⁹⁷ MISA, T, Theories of Technological change: parameters and purposes, *Science, Technology and Human values*, Louisiana: Sage & Alenxander Street Press, Vol 17, Pág. 3-12, 1992.

ROSEN, G, *The structure of American medical practice, 1820-1885*, Philadelphia: University of Pensilvania Press, 1986.

Esto descubrimientos causaron un gran impacto en la comunidad científica. Pronto se empezó a pensar que si estos agentes eran siempre los causantes de dichas enfermedades, estos procesos infecciosos podrían ser sistematizados y su tratamiento sería el mismo en cualquier parte del mundo⁴⁹⁸.

Y llevando más allá su entusiasmo, algunos científicos empezaron a teorizar que estos descubrimientos demostraban la primacía de las verdades científicas sobre el conocimiento personal y local.

Y como culminación de su pensamiento, intentaron imponer la creencia de que las máquinas podrían dar un soporte universal a los recientes descubrimientos científicos, constituyendo patrones estándar del cuidado médico.

Es decir, si se disponía de un aparato de Rayos X, las fracturas de fémur serían las mismas en cualquier localidad del mundo. Esto, lógicamente no deja de ser verdad. Pero, ¿tendrían las mismas causas las fracturas en todos los países?, ¿Se aplicaría el mismo tratamiento?, ¿pertenerían a la misma escuela científica médicos de diferentes países? Es decir, ¿lograría un simple aparato de Rayos X unificar el complejo entramado del contexto médico-social existente en los distintos países del mundo? Más bien, parece más lógico pensar que sería la máquina de rayos X la que de forma progresiva se iría adaptando a los distintos ambientes sanitarios, ejerciendo la función más adecuada en cada lugar concreto.

Evolución de las historias clínicas en veinticinco años.

Los trabajadores de los hospitales americanos estudiados pronto se dieron cuenta de que podrían mejorar la atención sanitaria de dichos centros creando unas historias clínicas más científicas y por lo tanto más eficientes⁴⁹⁹. Desde un de vista histórico, se puede comprobar la evolución en complejidad de las historias clínicas en los veinticinco años estudiados. Así en 1900, aunque una persona estuviese en el hospital durante tres meses, el curso clínico escrito por los médicos que le atendían ocupaba tan sólo una hoja. Dicha brevedad es típica de los años de principios de siglo.

⁴⁹⁸ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 19, 1995.

⁴⁹⁹ CRAIG, B, The role of records and of record-keeping in the development of the modern hospital in London, England, and Ontario, Canada, 1890-1940, *Bulletin of History of Medicine*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Vol 65, Pág. 376-397, 1991.

Sin embargo, en 1925, la longitud media de las historias clínicas había crecido hasta seis páginas. Paradójicamente el tiempo de estancia, es decir el número de días que cada paciente estaba ingresado, había descendido⁵⁰⁰.

Otro tipo de cambios que empiezan a detectarse es la aparición de notas añadidas por los estudiantes médicos⁵⁰¹. No era raro tampoco que con los años se deje anotado que los pacientes son visitados por diferentes especialistas del hospital: oftalmólogos, otorrinos, etc. Eso refleja un crecimiento progresivo pero imparable en la complejidad de los hospitales. Como muestra de ello, se van creando unidades médicas completamente diferenciadas en el interior de cada hospital. Aparecen así departamentos como el de radiología y el de laboratorio. Eso queda reflejado en las historias clínicas, ya que aparece a partir de esos años, formas estandarizadas correspondientes a dichos departamentos. Además de reflejar el crecimiento del Hospital, este tipo de formas estandarizadas tienen una gran importancia en el progresivo asentamiento y reconocimiento de los profesionales que trabajaban en dichas unidades. Estos profesionales ponen una gran atención en precisar el diseño de estas formas estandarizadas: el color, el tamaño, la forma. La existencia de estos documentos firmados por médicos radiólogos o microbiólogos, transmitía la autoridad científica de dichos médicos. Una autoridad que no sólo no discutían los enfermos, sino que era reconocida por otros médicos del Hospital. Suponía el reconocimiento de la creciente aparición de nuevas especialidades médicas, que disponían de tecnología propia y elaboraban de forma independiente sus propios informes médicos⁵⁰².

Por otra parte, el uso de estas formas estandarizadas ayudaba a simplificar la transmisión y recogida de información clínica, permitiendo una mayor facilidad en la comparación entre pacientes. En muchas de estas formas estandarizadas, como por ejemplo en el departamento de radiología, aparecían listas de posibles diagnósticos y descripciones de aparatos, con lo cual el médico responsable sólo tenía que preocuparse de subrayar los términos más adecuados en relación con el paciente que estaba describiendo. Esto no sólo simplificaba la labor del médico radiólogo en el momento en que leía o interpretaba una radiografía de tórax. Este método información implicaba utilizar un lenguaje internacional y por lo tanto más científico⁵⁰³.

Siguiendo con el proceso de mejora y perfeccionamiento de las historias clínicas, el primer tipo información transcrito en forma de gráfico fue la temperatura corporal. Esto permitía al

⁵⁰⁰ JUCHAU, D, *Transitions in American medical therapy and the older patients, 1820-1920*, Ann Arbor: University of Michigan, Pág. 129-151, 1993.

⁵⁰¹ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 45, 1995.

⁵⁰² REISER, J, Creating form out of mass: the development of the medical record, en: *Transformation and tradition in the sciences*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 26, 1985.

observador tener un gran detalle de información de un solo vistazo, pudiendo objetivar las variaciones día a día⁵⁰⁴, siendo este método mucho más clarificador en comparación con las listas repletas de números anotados unos detrás de otros⁵⁰⁵.

En el Hospital del Rey, al igual que en libro de Howell, también se comprueba una progresiva perfección en el modo de ejecución de las historias clínicas. Hay que tener en cuenta un hecho adicional, pues el estudio del Hospital del Rey abarca los primeros años desde su fundación. Esto añade el factor de improvisación característico de los principios de cualquier institución. De esta forma, en los primeros años del Hospital no es raro objetivar la presencia de sucesivos cambios en los modelos de Historia clínica. Son los propios médicos quienes con la práctica clínica diaria aconsejan modelos más ajustados a dicha realidad. Además, no solo cambia el modelo de historia, sino que se comprueba en el Hospital del Rey la sucesiva incorporación de formas estandarizadas que se correspondían con la aparición y desarrollo de diferentes servicios y departamentos dentro del hospital: el laboratorio, el servicio de radiología, el servicio de patología, etc.

Los detalles aportados por Howell de la incorporación de los estudiantes a la realización de historias clínicas y la aparición de notas en el curso clínico de diferentes especialidades (como el Otorrinolaringólogo o el oftalmólogo), se pueden comprobar igualmente en las historias clínicas del Hospital del Rey. Además, estos cambios suceden de forma progresiva, nunca son de forma brusca.

Una de las peculiaridades del Hospital del Rey es la influencia político-social que recibe del exterior, como en los años correspondientes a la República o la Guerra Civil, donde se modifican las Historias clínicas, cambiando el membrete del Hospital del Rey por el de Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Es un ejemplo más del complejo entramado que influye en la realidad de un Hospital: factores socio-políticos, médicos, tecnológicos y humanos (teniendo como protagonistas a los propios enfermos).

2.3.1.2.4 El progresivo cambio del significado del urianálisis.

⁵⁰³ MARTIN, F, Conference on Hospital Standardization, *Bulletin of the American College of Surgeons*, Chicago: American College of Surgeons, Pág. 1-53, 1917.

⁵⁰⁴ GREY, H, Historical development of the graphical representation of Statistical data, *Osiris*, Chicago: The University of Chicago Press, Vol. 3, Pág. 269-404, 1937.

KARSTEN, K, *Charts and Graphs: an introduction to graphic methods in the control and análisis of statistics*, New York: Prentice Hall, 1925.

⁵⁰⁵ ADAMS, L, A rubber stamp for hospital charts, *Modern hospital*, Vol. 3, Pág. 131-132.

Hemos apuntado la importancia de la aparición de los Rayos X como origen de una revolución tecnológica dentro de los hospitales. Este invento sin duda supone un antes y un después.

Ahora bien, nos podemos preguntar si algunas técnicas antiguas como el análisis de la orina también sufrieron una progresiva transformación tecnológica. En cierta manera es lógico pensar que si los profesionales sanitarios se preocupaban por ir incorporando progresivamente una nueva mentalidad científica, también intentarían transformar todo lo obsoleto en algo con sentido científico y moderno.

El caso del urianálisis constituía en los años de principios de siglo algo muy primitivo, que era realizado como una especie de ritual el primer día del ingreso del paciente⁵⁰⁶. Los resultados de este urianálisis apenas tenían importancia en la evolución del paciente, y no se contaba con ellos a la hora de tomar decisiones clínicas. Cabe preguntarse: ¿por qué se hacía este tipo de test? No podemos contestar con exactitud esta pregunta, pero quizás el peso de la tradición en la medicina hacía que se perpetuasen actos carentes de un significado real y sin una verdadera necesidad⁵⁰⁷.

Por este motivo, el urianálisis pierde en los primeros años del siglo XX su carácter de ritual vacío de contenido, sufriendo una progresiva transformación para acabar convirtiéndose con el paso de los años en una eficaz arma diagnóstica.

Como norma general, en 1900 el urianálisis era un test que se hacía una vez el día de la admisión del paciente y se olvidaba por completo durante el resto del ingreso del paciente. Este patrón de uso cambió, y en 1925 llegó a ser una cosa normal que los médicos hicieran urianálisis varias veces durante el ingreso de un solo paciente⁵⁰⁸. El hecho de repetir un mismo test varias veces indica que los profesionales estaban retomando la confianza y el interés en la realización del urianálisis. ¿Para qué repetir algo en lo que no tengo fe?

El cambio que significó el hacer múltiples urianálisis en un mismo paciente, no sólo transformó el concepto del propio urianálisis, sino que presagió una nueva actitud en el uso en general de los test de laboratorio.

⁵⁰⁶ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 71, 1995.

⁵⁰⁷ BOSK, C, Occupational rituals in patient management, *New England Journal of Medicine*, Massachusetts: Massachusetts Medical Society, Vol. 303, Pág. 71-76, 1980.

⁵⁰⁸ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 77, 1995.

El hecho que influyó decisivamente en este cambio fueron los notables avances en el campo de la Bioquímica que se produjeron durante esos años⁵⁰⁹. Las aportaciones científicas de investigadores alemanes y americanos a principios del siglo veinte revolucionó el concepto del análisis de orina, convirtiéndose en el modelo que luego seguirían el análisis de sangre y el recuento celular. El paso de recoger la orina con el único sentido de recoger sus datos macroscópicos, a empezar a analizar sus características bioquímicas (color, su densidad, el nivel de glucosa, y el de urea), supuso un auténtico cambio de mentalidad. Por ejemplo, la presencia de glucosa en la orina fue reconocida como algo anormal, característico de pacientes con Diabetes Mellitus⁵¹⁰.

En definitiva, el urianálisis aparece como el primer test de laboratorio en ser aplicado de forma repetida al mismo paciente.

Comprobamos una vez más la decisiva importancia de la influencia ejercida desde fuera del Hospital. Los avances bioquímicos de la época provocan un cambio en la manera de concebir una determinada tecnología que ya existía con anterioridad. Es otro ejemplo de la interacción entre lo que ocurre más allá de los muros del Hospital y la tecnología que se usa en su interior.

Y ¿cómo influyó este cambio que se produjo en el uso del análisis de la orina en los pacientes? Es evidente que los pacientes también se vieron influenciados por este cambio: podemos imaginar la importancia que adquirió para el vulgo y la sociedad en general la presencia de “azúcar” en la orina.

Las escuelas médicas comenzaron de forma rutinaria a construir aulas de laboratorio para la formación de los futuros médicos. De esta manera, poco a poco se produce un cambio de mentalidad en los médicos de la época: la formación médica tiene una doble vertiente clínica y básica (¿clínica y científica?). Los nuevos médicos eran educados en un nuevo ambiente, en el cual el laboratorio había llegado a ser un territorio familiar⁵¹¹. De año en año crecía el número de jóvenes científicos que se acercaban a la cabecera del enfermo, sintiéndose bastante confortables con el uso de los conceptos y procedimientos de laboratorio. En definitiva, los laboratorios clínicos de forma gradual llegaron a formar parte del diseño característico de los hospitales,

⁵⁰⁹ KOLHER, R, *From medical Chemistry to Biochemistry: the making of a Biomedical discipline*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 227-231, 1982.

HARVEY, M, *Science at the bedside: Clinical research in American medicine, 1905-1945*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, Pág. 50, 1981.

⁵¹⁰ CRHISTIAN, H, A critical estimation of the fermentation specific gravity method of quantitating sugar in dibetic urine, *Boston Medical and Surgical Journal*, Boston: Vol. 157, Pág. 178-181, 1907.

⁵¹¹ HARLEY, J, The rise and fall of professional Mystery: epistemology, authority, and the emergence of laboratory medicine in nineteenth century america, en: CUNNINGHAM, A, et al, *Laboratory revolution in medicine*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 110-141, 1992.

LUDMERER, K, *Learning to heal: the development of American medical education*, New York: Basic Books, 1985.

estando situados estratégicamente, de manera que los médicos pudieran moverse fácilmente desde la cabecera del enfermo al emplazamiento del laboratorio⁵¹².

Esto tiene una importancia básica en el caso del Hospital del Rey. Desde un principio, el Hospital nace en íntima unión con el Instituto Alfonso XIII. Esta institución, quizás la más avanzada en la España de principios del siglo XX, se constituyó en un referente nacional en la formación de jóvenes médicos que combinaban a la perfección la clínica y el laboratorio. Paradigma de esto lo fue el primer director del Hospital del Rey, Don Manuel Tapia, que precisamente ganó las oposiciones por disponer de este perfil. Para el recién creado Hospital del Rey se quería un director que fuera capaz de combinar a la perfección ambos aspectos. Sólo un médico moderno, imbuido de los nuevos conceptos científicos sería capaz de llevar de forma adecuada las riendas del nuevo Hospital.

Y volviendo al análisis de orina, pronto tiene lugar la aparición de nuevas formas estandarizadas que reflejan el progresivo interés de los médicos por esta técnica. A principio de siglo, los resultados del rudimentario urianálisis eran anotados a mano en un trozo de papel en blanco. En 1920, muchos de los modernos hospitales contaban con formas estandarizadas donde se podía dejar anotado las características bioquímicas de la orina del paciente⁵¹³.

En definitiva, los cambios en los patrones de cómo se realizaba el urianálisis en los hospitales presagió de forma importante cambios en la práctica y en la mentalidad médica. De forma específica, el urianálisis sirvió como modelo para monitorización continua de los pacientes y como sustrato para la aplicación de procedimientos estandarizados rutinarios en los exámenes médicos. Es decir, la transformación de una sencilla y antigua tecnología como el análisis de la orina, sirvió como modelo para las sucesivas técnicas que se fueron incorporando a los laboratorios de los Hospitales⁵¹⁴.

En este sentido, se puede decir que el Hospital del Rey aunque fue contemporáneo de los Hospitales americanos estudiados por Howell, las fechas de dicho estudio preceden en 20 años al nacimiento del Hospital del Rey. Por tanto, en mi opinión, cuando el Hospital del Rey se inaugura en 1924, ya se había producido esta transformación en la concepción del análisis de orina. Está es posiblemente la razón por la que no hemos podido detectar la práctica del urianálisis como ritual de entrada en el ingreso del paciente. Siempre que se realizaba un análisis

⁵¹² HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 91, 1995.

⁵¹³ CAMAC, C, Hospital and ward clinical laboratories, *Journal of the American Medical Association*, Chicago: AMA, Vol. 35, Pág. 219-237, 1900.

CUMMER, C, *A manual of clinical laboratory methods*, Philadelphia: Lea and Febiger, 1926.

⁵¹⁴ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 102, 1995.

de orina se hacía con un sentido concreto: es decir, quedan anotadas las características bioquímicas, y por lo tanto se aporta desde el laboratorio una información real y útil al médico responsable del paciente. Sí que se comprueba un progresivo perfeccionamiento de las formas estandarizadas empleadas para comunicar los resultados de Laboratorio.

2.3.1.2.5 El análisis de la sangre: la aparición del hemograma.

Consideramos a continuación la progresiva transformación que las diferentes técnicas de laboratorio sufrieron en su incorporación a la vida cotidiana de los Hospitales de principios de siglo XX. Una de estas técnicas es sin duda la protagonista: el análisis de sangre. Y esto con independencia de que hablemos de principios de siglo XX o de la fecha actual. En cualquier Laboratorio del mundo, cuando se habla de análisis en general se está pensando en el análisis de sangre.

A principios de siglo XX, a pesar de que la práctica de las sangrías había perdido popularidad entre los médicos, el uso del análisis de sangre para el diagnóstico era cada vez más frecuente en los hospitales de la época⁵¹⁵. Aquí se podría hablar de las mismas etapas establecidas a la hora de considerar el ejemplo del urianálisis. Del mismo modo que hablamos de un análisis de orina como ritual, podemos aquí establecer la sangría como ritual genérico de curación de la enfermedad. Al realizar la sangría, el médico se contenta con contemplar las características macroscópicas de la sangre: olor, color y densidad. Estas prácticas al médico de principio de siglo XX le resultan carentes de significado y por eso se produce su progresivo abandono. Sin embargo, se produce al mismo tiempo el boom de las modernas técnicas de laboratorio. Ya no se hablaba del color de la sangre y se pasó a medir el hematocrito, que permitía establecer el volumen ocupado por las células rojas en el total del volumen sanguíneo⁵¹⁶. Además se podía realizar mediante una simple técnica: la centrifugación de la sangre.

Poco a poco se comprendió que las técnicas de laboratorio no sólo iban aumentando en número, sino también en complejidad. Por una parte, técnicas sencillas como la medida del hematocrito podían ser llevadas a cabo por mozos laboratorio sin una especial instrucción. Sin

⁵¹⁵ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 170, 1995.

⁵¹⁶ BENEDICT, A, Blood examinations, *Medical Times*, New York: Vol. 27, Pág. 321-324, 1899.

embargo aprender a realizar el recuento de las células blancas precisaba una formación específica, algo reservado para el médico entrenado en las nuevas técnicas de laboratorio⁵¹⁷.

Los médicos y profesores de universidad de principios de siglo veinte, pronto entablaron una discusión sobre la necesidad del empleo de las herramientas de investigación de laboratorio para la práctica clínica diaria. Es decir, nadie discutió la importancia del descubrimiento del hematocrito, pero sí hubo polémica en cuanto a la aplicación concreta de dicha técnica sobre los pacientes⁵¹⁸.

Paradójicamente, existían profesores de universidad, bien adiestrados en el uso de las técnicas de laboratorio que no consideraban necesarias su aplicación en el día a día de la clínica. Esta discusión que se prolongó durante años, tenía muy diversos puntos de vista. Algunos fueron parte interesada, como es el caso de los patólogos ya que si lograban que la sangre fuera considerada como un tejido, el campo de aplicación de sus habilidades se vería aumentado con creces⁵¹⁹.

Con el paso los años, la tecnología y más en concreto la presencia de los laboratorios en los hospitales, se impuso con aplastante lógica. Esto fue importante por varias razones. Los hospitales se convirtieron en centros que diseminaban nuevas ideas médicas a los jóvenes médicos que se formaban en su interior. Un ejemplo de esta evolución lo constituye el Hospital de Nueva York, en el que a principios de siglo XX, menos de un cuatro por ciento de todos los pacientes admitidos tenían un análisis de sangre realizado. Veinte años más tarde, uno de cada tres pacientes tenía un análisis de sangre⁵²⁰.

2.3.1.2.6 La utilidad del análisis de sangre en las enfermedades infecciosas.

Progresivamente, la mentalidad de los médicos iba transformándose y las discusiones de tipo filosófico sobre la necesidad de las técnicas de Laboratorio en el interior de los Hospitales fueron acallándose. Las nuevas generaciones de médicos comprendieron la importante utilidad de disponer de un laboratorio a la hora de realizar diagnósticos. En las facultades de medicina se

⁵¹⁷ HIGGINS, F, Blood examination from the standpoint of the general Practitioner, *JAMA*, Chicago: American Medical Association, Vol. 38, Pág. 233-235, 1902.

⁵¹⁸ WILSON, G, The practical value of blood counts, *Bristol Medico-Chirurgical Journal*, Bristol: Bristol University, Vol. 21, Pág. 234-245, 1903.

⁵¹⁹ CABOT, R, The Blood stream as a public highway, *Yale Medical Journals*, New Haven: Yale University Press, Vol. 10, Pág. 41-44, 1903.

EHRLICH, LAZARUS, *Histology of the blood*, Philadelphia: W. B. Saunders, 1905 (traducción al inglés del original en alemán).

⁵²⁰ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 187, 1995.

aprendía por ejemplo, que no todo hombre pálido tiene anemia, ni que tampoco toda persona anémica tiene por qué ser pálida⁵²¹. La clínica evidentemente era la base del quehacer médico, pero ésta en determinadas ocasiones tenía que buscar el complemento de otras técnicas.

Un ejemplo fundamental lo constituye el valor del examen microscópico de la sangre a la hora de realizar el diagnóstico específico en una enfermedad como es la malaria. A pesar de lo característico de las etapas febriles del paludismo, la gota de sangre y la visualización del parásito bajo microscopio se convirtieron en la prueba confirmatoria irrefutable⁵²². Esto contribuyó a enfocar la atracción general de los médicos hacia las técnicas de laboratorio de la sangre, con una actitud general de reconocimiento y aceptación.

Y a medida que pasaban los años, la utilidad de estas técnicas se iba demostrando en otras entidades nosológicas.

Por ejemplo, en otra enfermedad infecciosa, como es la neumonía, un científico de la talla de Ewing⁵²³ concluyó que el recuento celular sanguíneo podía resultar muy provechoso a la hora de realizar un pronóstico de la enfermedad. De hecho, la ausencia de leucocitosis (aumento de células blancas o leucocitos en el recuento celular sanguíneo) en los casos severos de neumonía constituía un grave signo. Por otra parte, una vez se había confirmado diagnóstico de neumonía, la persistencia de un recuento elevado de células blancas podía llevar al médico a la sospecha del diagnóstico de empiema (acumulación de pus en un tejido)⁵²⁴.

En los hospitales americanos a los que estamos haciendo referencia, un consenso sobre la necesidad del uso del recuento celular de forma rutinaria en pacientes con neumonía se alcanzó entre 1900 y 1910⁵²⁵.

Otra enfermedad bastante prevalente en aquellos años era la fiebre tifoidea. En un paciente con todos los signos clásicos de la fiebre tifoidea el diagnóstico podía ser realizado con gran seguridad después de una exploración clínica. Sin embargo, un paciente febril sin la típica roseola (típica erupción cutánea de color asalmonado en la fiebre tifoidea) podía tener el diagnóstico de neumonía en vez de fiebre tifoidea. Incluso en casos típicos, con la presencia de las características lesiones cutáneas, experimentados médicos con larga experiencia clínica

⁵²¹ MAXEY, E, The clinical importance of the examination of the blood, *Medical Sentinel*, Tucson: Association of American Physicians and Surgeons, Vol. 8, Pág. 355-362, 1900.

⁵²² *Western Medical Review*, Harvard: Harvard University Press, Vol. 1, Pág. 26-29, 1896.

⁵²³ EWING, J, A study of the leucocytosis of lobar pneumonia, *New York Medical Journal*, Massachusetts: Massachusetts Medical Society, Vol. 58, Pág. 713-718, 1893.

⁵²⁴ COLES, A, *The blood: how to examine and diagnose its diseases*, London: J. and A. Churchill, Pág. 211, 1898.

⁵²⁵ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 199, 1995.

podían llegar a confundir la fiebre tifoidea con la viruela⁵²⁶. Es estas situaciones donde la clínica no aclaraba por completo el diagnóstico cuando se podía aplicar con gran provecho las nuevas técnicas de laboratorio. En estos casos es evidente que recuento de células blancas podía ayudar. La fiebre tifoidea se asociaba de forma característica con un recuento normal o bajo de leucocitos (leucopenia)⁵²⁷.

Además, en 1896, el científico Widal había descrito su método serológico para el diagnóstico de la fiebre tifoidea. Se trataba de un sencillo test que se llevaba a cabo sobre una muestra de suero del paciente. Se trataba de un método macroscópico, en el que se comprobaba la sedimentación de las bacterias en el fondo de un tubo de laboratorio⁵²⁸.

En aquellos años, se describieron otros métodos diagnósticos más complejos como por ejemplo la demostración de la ausencia de motilidad de las bacterias que se comprobaba bajo el microscopio. Debido a su sencillez, la reciente técnica descrita por Widal fue rápidamente adoptada para el uso clínico⁵²⁹.

Por último, el uso de las técnicas de laboratorio y en concreto del recuento celular adquirió una gran importancia en una enfermedad tan prevalente como la apendicitis. La presencia de un número elevado de células blancas señalaba la existencia de pus. Era evidente que el aumento del número de leucocitos correlacionado con otros signos clínicos, podía servir como guía diagnóstica de gran valor. Al menos este fue el pensamiento de afamados cirujanos como es el caso de Da Costa⁵³⁰.

Sin embargo, en este punto no estuvieron de acuerdo desde un principio todos los cirujanos de la época. Así podemos hacer referencia a la conferencia de un famoso cirujano llamado Deaver en 1901⁵³¹. En ella comentaba la marcada tendencia de los últimos años por sustituir el examen clínico a la cabecera del paciente por los métodos de laboratorio. Su pensamiento quedaba resumido con la siguiente frase: "no esperes, no cuentes, más bien corta y cura"⁵³². Es

⁵²⁶ DAVENPORT, H, *Doctor Dock: Teaching and learning medicine at the turn of the century*, New Brunswick: Rutgers University Press, Pág. 238, 1987.

⁵²⁷ MARTINGDALE, JW, The value of the leucocyte count as a diagnostic aid, *Journal of the Medical Society of New Jersey*, New Jersey: Vol. 4, Pág. 329-332, 1907.

⁵²⁸ LIMAN GREENE, C, The serum test of Widal and the possibility of its application without microscopic examination, with a report of cases and demonstration of method, *Medical Record*, Vol. 5, 1896.

⁵²⁹ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 205, 1995.

⁵³⁰ DA COSTA, JC, The clinical value of blood examination in appendicitis: a study based on the examination of one hundred and eighteen cases in the German Hospital, Philadelphia, *Transactions of the American Surgical Association*, Bethesda: U.S. National Library of Medicine, Vol. 19, Pág. 60-71, 1901.

DA COSTA, JC, *Clinical Hematology*, Philadelphia: P. Blakiston's Son, 1992.

⁵³¹ RUTKOW, I, *The history of surgery in the United States: 1775-1900*, San Francisco: Norman Publishing, Pág. 121, 1988.

⁵³² RUTKOW, I, *The history of surgery in the United States: 1775-1900*, San Francisco: Norman Publishing, Pág. 121, 1988.

evidente que este gran cirujano había sido entrenado en la vieja escuela quirúrgica premicrobiológica. Sin embargo Da Costa representaba la nueva escuela de cirugía científica⁵³³. El choque generacional no se hizo esperar.

En un esfuerzo por comprender las ideas que Deaver defendía, podemos decir que representó el espíritu de los tiempos, es decir constituía un cirujano radical. Su airada reacción iba más en contra de la corriente de pensamiento médico que sustentaba las técnicas de recuento celular, que contra las propias técnicas en sí mismas. Este cirujano deseaba enfatizar que el cuidado médico es algo que sitúa en el plano individual, es decir de persona a persona. Enfatizando el uso de los test de laboratorio no solamente el médico se distancia del enfermo, sino que se llega a considerar que determinados valores numéricos abstractos están por encima de las características personales del enfermo⁵³⁴.

Podemos entender determinados posicionamientos teóricos, como el de Deaver, hijo de una época en el cual la diosa de la medicina era la exploración clínica sin lugar a dudas. Sin embargo, el progreso científico no entiende de discusiones filosóficas, y las nuevas técnicas de laboratorio como el recuento celular llegaron a ser parte indiscutible de la rutina de los hospitales⁵³⁵.

Después de lo dicho hasta ahora, ejemplificando el progresivo uso de las técnicas de laboratorio en cuatro enfermedades de carácter infeccioso, podemos hacer un comentario sobre el Hospital del Rey. En este sentido, cabe decir que dicho Hospital se constituyó desde el principio siguiendo todos conceptos de lo que se consideraba un Hospital moderno. Siguiendo el modelo arquitectónico de Pabellones, estos se orientaron en torno al Pabellón destinado al Laboratorio. La cercanía física con el Pabellón de laboratorio no sólo facilitaba el traslado de muestras de los enfermos, sino que también permitía que los médicos de los distintos servicios clínicos se acercasen al Laboratorio para comentar o aclarar las posibles dudas sobre sus pacientes.

De esta manera, el Laboratorio se convirtió desde el principio en un edificio de referencia en la vida del Hospital. Clínica y laboratorio se combinaban a la perfección en el Hospital del Rey. Hombres científicos de la talla de Tapia, Torres o Zarco, estaban formados en la nueva escuela médica, y estaban totalmente familiarizados con la importancia de las nuevas técnicas de laboratorio y su apoyo en el diagnóstico de enfermedades infecciosas.

⁵³³ DA COSTA, JC, *A manual of modern surgery*, Philadelphia: W. B. Saunders, 1984.

⁵³⁴ SIEVER, C, The prognostic value of the blood count, *Texas State medical Journal*, Texas: Vol. 4, Pág. 259-260, 1908.

⁵³⁵ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 219, 1995.

Por otra parte, al progresivo asentamiento de la autoridad que emanaba el Laboratorio del Hospital del Rey contribuyeron profesionales de la categoría del Doctor Baquero. Dedicado en cuerpo y alma a su trabajo en el Laboratorio del Hospital del Rey, supo establecer un Servicio de referencia nacional, fundamento y base de muchos de los diagnósticos realizados en el Hospital del Rey.

2.3.1.2.7 La tecnología y la medicina.

De lo dicho hasta ahora, se podría erróneamente concluir que el desarrollo de la tecnología tiene un cierto grado de autonomía, de fuerza intrínseca, que no necesita para su desarrollo ninguna relación con el ambiente médico-sanitario en el que fue creada. Sin embargo, conceptualizar la tecnología como autónoma significa negar el contingente libre y cultural de las elecciones que el ser humano realiza. Por ejemplo, un historiador como Mac Kenzie nos hace reflexionar lo erróneo de preguntarse: “¿Cómo puede la sociedad adaptarse mejor a los cambios de la tecnología? Esa cuestión implica que el cambio viene de algo que está fuera de la sociedad”⁵³⁶. Sin embargo, si pensamos bien, la tecnología se crea por la sociedad, pero también se transforma y se adapta a las necesidades de la misma. Sería algo completamente erróneo considerar como independientes ambos conceptos.

Por otra parte, la tecnología no es infalible ni mucho menos. Estamos dentro de un proceso en el que muchas veces se acierta, pero otras se hierra. Hay que aceptar que en otras ocasiones el error no está en la tecnología sino en el uso inadecuado que de ella se hace.

Así por ejemplo, si aceptamos el principio general de que las máquinas están hechas para ahorrar tiempo, este implicaría también la aceptación de que los médicos tendrían más tiempo para hablar con sus pacientes. Y esto evidentemente no siempre es así⁵³⁷.

Podemos considerar también que la tecnología y el desarrollo han obligado a establecer una compleja diversificación dentro de la profesión médica, estableciendo una progresiva subdivisión en especialidades médicas. De esta manera, es raro que el propio clínico que visita al paciente a su cabecera, realice personalmente los test de laboratorio. Y al revés, el laboratorio es supervisado por un profesional médico que raramente visita pacientes.

⁵³⁶ MACKENZIE, D, WAJCMAN, J, *The social shaping of technology: How the refrigerator got its hum*, Philadelphia: Milton keines, Pág. 2-25, 1985.

⁵³⁷ HOWELL, Joel D, *Technology in the Hospital; Transforming Patient Care in the early Twentieth century*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Pág. 230, 1995.

Vemos, por tanto, que existe una compleja red de interrelaciones entre lo que podríamos denominar desarrollo tecnológico y la libertad humana del profesional sanitario a la hora de decidir el uso apropiado de dicha tecnología.

De esta manera, derivado del uso universal de una misma tecnología, ha habido una corriente científica que pretende estandarizar cualquier acto médico en cuanto que usa unas máquinas similares. Sin embargo, los modos de hacer locales continúan informando la práctica de la medicina de una forma peculiar y característica según las distintas regiones que consideremos⁵³⁸.

Siguiendo con este mismo razonamiento, de una forma histórica podemos comprobar que no todas las tecnologías siguen una misma trayectoria. Existen muchas tecnologías que han seguido diferentes patrones de desarrollo. Esto es lo que podríamos llamar el entramado social de desarrollo tecnológico⁵³⁹.

Sin embargo, el significado y las consecuencias de que la tecnología sea socialmente construida no quiere decir que esta pueda ser infinitamente variable y por lo tanto maleable, lo que constituye el otro punto de vista de la concepción tecnológica. Esta es la opinión del historiador Thomas Hughes⁵⁴⁰, quien opina que la mejor manera de abordar el tema es adoptar un punto de vista intermedio entre ambas posturas, es decir concebir la tecnología de forma global como parte de un gran sistema o proceso de coordinación con el ser humano y su entorno social. De modo contrario llegamos a la simplificación de considerar sinónimos la tecnología y la máquina, considerada como un conjunto de tornillos o microchips.

⁵³⁸ BOSK, C, *Forgive and remember: managing medical failure*, Chicago: University of Chicago Press, 1979.

⁵³⁹ RUSELL, L, *Technology in Hospital: medical advances and their diffusion*, Washington: Brookings Institution, 1979.

⁵⁴⁰ HUGHES, T, Machines and medicine: a projection of analogies between electric power systems and health care systems, *International Journal of Technology Assessment*, Cambridge: Cambridge University Press, Vol. 2, Pág. 285-295, 1986.

HUGHES, T, *American genesis: a century of invention and technological enthusiasm*, New York: Viking, 1989.

2.3.2 VIRUELA.

2.3.2.1 Introducción.

El agente microbiológico responsable de esta enfermedad pertenece a la familia de los Poxvirus. Afortunadamente, el último caso de viruela se dio en 1.977 en Somalia⁵⁴¹. Por lo tanto, se trata de una enfermedad eliminada gracias a la campaña de erradicación internacional con una vacunación global, constituyendo un ejemplo único hasta la actualidad. Sólo existen muestras de viruela en laboratorios de investigación en Rusia e Inglaterra.

Antes de su erradicación, existían dos cepas: Smallpox, responsable de la viruela Mayor, con una mortalidad que varía entre el veinte y el cincuenta por cien; y Alastrim, responsable de la viruela Minor, que causa una forma benigna de viruela con una mortalidad menor al uno por cien⁵⁴². Normalmente, la transmisión se efectúa por el contacto estrecho con las secreciones de las vías respiratorias de los enfermos, por las gotitas de Pflügge, o a través de las lesiones cutáneas y de mucosas de forma directa. El único reservorio es el hombre. La vacuna es eficaz en la protección del contagio de la enfermedad.

El período de incubación dura aproximadamente doce días⁵⁴³. El comienzo es agudo y se acompaña de fiebre elevada, cefalea y dolores musculares generalizados. Tras la aparición de un característico rash, en pocos días aparecen unas pequeñas vesículas que posteriormente se convierten en pústulas. Después se produce su desecación y caída, dejando ver una cicatriz subyacente.

La cara, el cuello, y los hombros de la momia del faraón Ramses V, que murió en 1157 a.C., estaban desfigurados por una erupción parecida a la viruela, pero no existen datos científicos que lo avalen. La viruela fue padecida en China desde el año 1.122 a.C., y en la India desde el siglo XIII a.C. Desde allí, pasó a Europa y es posible que la gran plaga de Atenas se debiera a esta enfermedad.

Las primeras descripciones escritas sobre la viruela se deben a Rhazes, un médico de Bagdad del siglo IX. También la describió el Obispo Marius d'Avenches a mediados del siglo

⁵⁴¹ BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1115, 2.001.

⁵⁴² BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1116, 2.001.

⁵⁴³ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1009, 1.993.

XVI d.C. como un proceso vesiculopustuloso⁵⁴⁴. Por esta época, probablemente se la empieza a denominar viruela.

Sin embargo, parece que durante la Edad Media la viruela no llegó a ser un problema de la categoría de las grandes plagas. Esta situación cambiaría con la llegada de los siglos XVI y XVII⁵⁴⁵. En el siglo XVI muere medio millón de europeos (suponiendo un veinte por cien de todas las defunciones), y en el siglo XVIII es la causa de la mortalidad de, aproximadamente, una décima parte de la población europea. Con el descubrimiento del nuevo mundo, la viruela cruzó el Atlántico afectando a la población indígena de América. Lo mismo ocurrió en Australia en el siglo XVIII, cuando los aborígenes fueron colonizados por los ingleses⁵⁴⁶.

El método de la Variola o inoculación cutánea del líquido obtenido de pústulas de enfermos variolosos es muy antiguo, sin que pueda especificarse cuándo o dónde comenzó a utilizarse. Se acompañaba de una infección atenuada, con una mortalidad que no superaba al tres o el cuatro por ciento. Sin embargo, a pesar de la demostrada eficacia de esta técnica tardó mucho tiempo en consolidarse. Probablemente, la muerte de Luis XV tras sufrir viruela en Mayo de 1.774, y la aplicación de la Variola a Luis XVI contribuyeron a la definitiva expansión de este procedimiento⁵⁴⁷.

Sin embargo, el mayor avance científico contra la viruela se produjo cuando el investigador inglés Edward Jenner descubrió la vacunación utilizando muestras de animales domésticos infectados con viruela (con especies distintas a la humana, Cowpox). La publicación de sus resultados se produjo en el año 1798⁵⁴⁸.

Tres años después, en Francia se habían producido 1,7 millones de vacunaciones, y en Rusia aproximadamente 2 millones. El efecto no se hizo esperar, y comenzó a haber un importantísimo retroceso a nivel mundial de esta enfermedad.

El virus variólico fue descubierto por Paschen en 1.906, aislándolo de vesículas de enfermos⁵⁴⁹. En 1.950 un gran número de países desarrollados estaban libres de la enfermedad de

⁵⁴⁴ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 36, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁵⁴⁵ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1010, 1.993.

⁵⁴⁶ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1010, 1.993.

⁵⁴⁷ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1011, 1.993.

⁵⁴⁸ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1012, 1.993. Investigaciones posteriores parecen indicar que la vacuna creada por Jenner probablemente se contaminó con SmallPox (viruela de la especie humana), siendo en realidad una mezcla de Smallpox atenuado y Cowpox (viruela de la especie animal).

⁵⁴⁹ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 37, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

la viruela. En 1.977, se produjo el último caso de infección natural por la variedad de viruela Minor en Somalia⁵⁵⁰. Sin embargo, en 1.978 se produjo un accidente de laboratorio en Inglaterra, que causó el contagio de dos personas.

La viruela en España y en el Hospital del Rey.

Es la viruela un ejemplo de enfermedad, en la que no se cumple la declaración obligatoria, el aislamiento de enfermos o sospechosos, y la vacunación. Sin embargo, todos estos aspectos están recogidos en la Institución General de Sanidad⁵⁵¹.

En España, murieron 6974 personas en el año 1.900, lo que demuestra que la vacunación no estaba muy extendida. En 1.920, la cifra de fallecidos es de 2097; en 1.930 sólo de cuatro; y en 1.934 sólo hubo un caso mortal, lo que revela que ya la vacunación se practicaba correctamente⁵⁵². Esto se debía a que había sido declarada obligatoria para todos los españoles desde 1.903. Sin embargo, durante la Guerra Civil no hubo un adecuado aprovisionamiento de vacuna. Esto, junto con la llegada de soldados marroquíes y de las brigadas internacionales hizo que en 1.939 hubiera 900 casos de viruela. Pero una vez reanudada la vacunación desaparece la viruela (desde 1.938 a 1.941, se dan 1861 casos y 320 muertes)⁵⁵³.

En Madrid, la viruela mantiene una presencia endémica con brotes epidémicos. Esto provoca una mortalidad anual de 700 casos. Sin embargo, las cifras se disparan en los momentos de epidemia como la de 1.903. En este caso también se utiliza el Hospital de Infecciosos del Cerro del Pimiento. En 1.918 brota otra epidemia en Madrid, con defunciones de más de 100 enfermos en los meses más álgidos⁵⁵⁴.

⁵⁵⁰ KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1012, 1.993.

⁵⁵¹ Recordemos el ejemplo de Ciudad Real con la intervención de la Guardia Civil en el curso de una tanda de vacunaciones.

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 241, 1.969.

⁵⁵² SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 42, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁵⁵³ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 42, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁵⁵⁴ En ese momento, se hacen vacunaciones masivas (unas 500.000 en el Madrid que rondaba los 800.000 Habitantes). Los resultados no se hacen esperar, aunque rebrotan epidemias en 1.922.

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 97 y 242, 1.969.

De todos modos, no debió ser masiva dicha vacunación, pues recién inaugurado el Hospital del Rey se atendió la epidemia de viruela del 1.928.

Comenzamos el capítulo dedicado a la viruela atendiendo a las anotaciones que realizó Torres Gost en su libro *Medio siglo en el Hospital del Rey*⁵⁵⁵. En los inicios del Hospital del Rey, hacia 1.925, se desencadenó una epidemia de viruela en Madrid siendo atendida por esta Institución:

"Una epidemia de viruela preocupaba bastante al personal sanitario del Hospital del Rey. Se había iniciado y localizado fundamentalmente en unas familias de gitanos que vivían por los barrios de la Ventilla. Se trataba de gente sin vacunar y la epidemia se propagó, produciéndose en total un centenar de casos. Algunos iban espontáneamente a hospitalizarse, y no era raro por las mañanas encontrar enfermos en mal estado, sentados o apoyados en la tapia del Hospital"⁵⁵⁶.

Dado el carácter progresivo de la epidemia, el Director General de Sanidad decretó una campaña de vacunación antivariólica en toda la Ventilla. Y siguiendo los comentarios de Torres⁵⁵⁷, mientras la campaña la hicieron sólo los sanitarios, fue catastrófica. Nadie quería vacunarse. Tuvo que intervenir el ministro de la Gobernación, recurriendo a las fuerzas de la Guardia Civil. Se ordenó un auténtico movimiento militar envolvente de toda la zona para que no quedara nadie sin vacunar. Al fin, la región de la Ventilla quedó bien vacunada, y como era el foco fundamental, la epidemia empezó a decrecer hasta que desapareció.

Por los años veinte, la viruela era una enfermedad frecuente en Madrid. Para evitar las feas cicatrices en la cara de la viruela se emplearon varios métodos: el que adquirió más éxito fue la terapéutica de las úlceras en desecación con Xilol⁵⁵⁸.

Tampoco se tomaban tantas precauciones como ahora ante un caso de viruela. Se procuraba reunir todos los casos de la epidemia en un Pabellón, pero es evidente que faltaba una mayor sensibilidad epidemiológica, que sólo se adquiriría con el paso de los años.

El caso es que, "pasados unos meses la epidemia desapareció, y el Hospital readquirió su ritmo normal de especialista en fiebre tifoidea, que era la enfermedad dominante, juntamente con la tuberculosis, la neumonía y la bronconeumonía"⁵⁵⁹.

⁵⁵⁵ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1.975

⁵⁵⁶ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 30, 1.975

⁵⁵⁷ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 30, 1.975

⁵⁵⁸ "Consistía en aplicar el producto en la cara del enfermo dos veces al día, hasta que secaran por completo las costras pústulas que se habían producido. El resultado del tratamiento dependía mucho de los ojos con que se miraba: para un pesimista emplear este método era perder el tiempo, para un optimista, quizás, las cicatrices se reducían". TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 31, 1.975

Pasados unos años, el Hospital del Rey tiene que hacer frente a una nueva epidemia de viruela, esta vez en los años de la posguerra:

“La situación sanitaria era un caos en los primeros meses de la posguerra. Madrid era un auténtico revoltijo de evacuados. La presencia en la capital de numerosos soldados marroquíes infundía verdadero pavor epidemiológico a los sanitarios. Como fenómeno natural y secuela de la Guerra se presentó una epidemia de viruela”⁵⁶⁰.

Afortunadamente, no fue una epidemia seria. El primer año, 1.939, hubo solamente 420 casos⁵⁶¹ con un seis por ciento de defunciones, porcentaje bajísimo teniendo en cuenta la enorme población flotante de Madrid en condiciones de promiscuidad. En 1.940, la cifra de afectados ascendió a 647, manteniéndose una mortalidad del seis por ciento. Contribuyeron a evitar un brote mayor las medidas sanitarias, sumamente difíciles, adoptadas por entonces por el Jefe Provincial de Sanidad, el Doctor Quintana. En el año 1.941 hubo 40 casos con cuatro defunciones, y en 1.942, 22 casos sin defunciones. A medida que pudo ser iniciado un proceso progresivo de vacunación, la epidemia retrocedió con rapidez.

Todos los datos que reflejamos a continuación están obtenidos de historias clínicas de enfermos de la época, consultadas en el Antiguo Archivo de historias Clínicas del Hospital del Rey (AHCHR), que se halla actualmente en el recinto del Instituto de Salud Carlos III.

Aprovecharemos este capítulo de la viruela para hacer una pequeña introducción al modelo de Historia Clínica del Hospital del Rey, así como su evolución en los distintos periodos de la vida del Hospital. De esta forma no se tendrá que repetir en el momento de hablar sobre otras enfermedades, ya que los modelos de historias clínicas son por lo general comunes para todas las entidades nosológicas.

El primer modelo de Historia Clínica era un pliego de dos páginas en el que constaban los siguientes datos: el membrete del Hospital del Rey (como veremos más adelante esto sufre modificaciones dependiendo del momento político en el que nos encontremos), el número de la Historia, nombre del paciente y su ubicación en el Hospital, su fecha de ingreso y alta, el diagnóstico definitivo (muchas veces, el diagnóstico realizado por el Médico de Guardia a la

⁵⁵⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 31, 1.975

⁵⁶⁰ “Todo contribuyó a la aparición de una epidemia: la promiscuidad de gentes, el hacinamiento de familias en una vivienda, la escasez de jabón y detergentes. También contaba mucho la falta de alimentación, poco variada y cara”. TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 102, 1.975

⁵⁶¹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 103, 1.975

entrada del paciente no coincidía con el diagnóstico final), los datos de filiación del paciente (edad, estado, nombre de los padres, lugar de nacimiento y provincia, lugar de residencia habitual, y profesión), información epidemiológica, Historia Clínica propiamente dicha (en un primer momento este apartado no estaba dividido en otros que sirviesen, por ejemplo, para hacer una anamnesis Clínica inicial y un diario Clínico, como veremos en los modelos de Historia Clínica más avanzados); se incluía también un apartado de investigaciones de Laboratorio, que generalmente siempre quedó en blanco porque los estudios de Laboratorio venían señalados en su propio impreso; por último existía un apartado para medidas de profilaxis y desinfección adoptadas (figuras 1, 2, 3, 4).

HOSPITAL DEL REY (CHAMARTÍN)

Número 206

Historial del enfermo Carmen Aranz Barrio
que ocupó el cuarto núm. 2 piso comu 5 del Pabellón

Fecha de ingreso: 4 de Mayo de 1925
Alta por _____ el día _____ de 192_____

Diagnóstico: Viruela? - observaciones. Varicela posterior por contagio.
adenitis sub-maxilar supurada.

FILIACIÓN

D. Carmen Ottavio Borrio
 de 3 años de edad, de estado hijo de Nemesio y de Basilisa
 natural de Letran provincia de Madrid residente en Letran
de las Victorias provincia de Madrid de profesión domiciliada en la calle Mariano de Cavia no 28

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Su padre vacunado la última vez hace 5 años negativo
 su madre hace dos años negativo
 Otro niño vacunado dos veces por mayo y junio 1934 negativo
 Otro niño de tres meses vacunados todos el 4-5-1935
 Una hermana suya de la enferma a tener una niña
 con viruela cicatrizada y la enferma frecuenta la casa en el barrio
 se han dado algunos casos más de viruela

HISTORIA CLINICA

Severa enfermedad 6 días: al 4º día la viruela sus paños mas mancha roja y
al 5º día mas vesículas = esta vacunada en Mayo de 1924 negativo
día 7 = 1925 = Primer día de examen síndroma difusa: periodo
vesículo-papuloso, correspondiente al quinto día de erupción y batido de
la superficie = se la tomó virus el 5
día 6 se la tomó virus
día 8 erupción en cara
día 10 Absceso submandibular o adenitis
día 12 en supuración la adenitis = día 20 = V. 29 curada
Día 9 - Fiebre: No se le ha presentado una erupción
típica de Varicela con temperatura de 37° por la
mañana y 37.5° por la tarde.
En el vestíbulo de la barraca ingresó la niña
Encarnación Rodríguez Mateo de 12 años de edad con
Varicela febril 9 de Mayo. Permaneció en cama has-
ta el 14, levantándose este día y empezando a tener
en brazos y jugar con la niña. Encarnación se-
rió con alta por curación el 21 de Mayo.

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO

MEDIDAS DE PROFILAXIS Y DESINFECCIÓN ADOPTADAS

Fig. 1, 2, 3, 4. Primer modelo de historia clínica del Hospital del Rey.

En Febrero de 1.926, podemos observar en el paciente ingresado con esa fecha (9 de Febrero de 1.926)⁵⁶², un cambio en el modelo de Historia Clínica: En el membrete que encabeza la historia desaparece la palabra Chamartín, que antes seguía entre paréntesis al Hospital del Rey. Los datos de filiación, ubicación, diagnóstico e información epidemiológica no varían.

El gran cambio consiste en desglosar el apartado Historia Clínica, que antes era una unidad. Ahora consta de los siguientes apartados:

Antecedentes patológicos, Enfermedad actual (que se divide en: comienzo, estado actual-síntomas subjetivos, exploración-hábito exterior, aparato digestivo, aparato respiratorio, aparato circulatorio, aparato urogenital, músculos y articulaciones, síntomas especiales de la piel-erupciones, investigaciones que se practican y tratamiento); La historia se cerraba con el apartado correspondiente al diario clínico. Existía la posibilidad de utilizar una hoja supletoria de diario clínico (figura 5, 6, 7, 8).

⁵⁶² CHCHR. Historia Clínica nº 733

HOSPITAL DEL REY

Historia clínica núm. 739.

Del enfermo Antonio de la Cruz
que ocupó el cuarto núm. 1. piso 1.ª cama 2 del pabellón Barraca 1ª

FILIACIÓN

Edad 80 Estado Soltero Naturaleza Madrid
Profesión Gitano.
Fecha de ingreso 5 de Febrero de 1926
Alta por defunción el día 14 de Febrero de 1926

Diagnóstico Viruela - Observaciones - Retención urica.

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Se le sacó sangre el 5 de febrero. D.c. citratado y 16 mm citrato. Veloc. 17. mm
Es el padre de un enfermo de viruela aquí hospitalizado y que se llama Antonio Muñoz que ingresó padeciendo viruela el 14 de junio de este año. Fue conducido al Hospital por su padre el enfermo de esta historia. El día después se vacunó con resultados positivos observando todos los festos de viruela, las crestas de la vacunación. Por lo tanto este es uno de los incubadores de viruela que en este período tiene una evolución vacunal positiva. Contando los días que han transcurrido desde que su incubación había sido de unas 14 días y en el transcurso de ellos se cuando o independientemente ha contraído su vacuna.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes patológicos No tiene hace unos años varias enfermedades venereas. No tuberc, una artritis y no fiebre u otra cosa. Por lo demás no puede haber estado nunca enfermo.

Enfermedad actual: día 6-2-26

Comienzo Hace 10 días que empezó su enfermedad con un dolor bastante intenso en el epigastrio que lo obligó a respirar a un caso y meterse en la cama inmediatamente. Aparece en seguida espasmos intestinales y dolor en los miembros y en las caderas al propio tiempo que ligeros escalofríos repetidos. No ha tenido vomitos ninguno día. Aparece la erupción en la cara y en el tronco una vez y otra amarillenta. Orina bien y con cierta abundancia. Escarlatina durante la noche. Al tercer día de enfermedad aparece una erupción generalizada que describe

Estado actual.-Síntomas subjetivos En la actualidad el grupo de espasmos, bastante, impetorese dolor en epigastrio que se va atenuando. Estreñimiento, 4, con escasa expectoración. Malestar general y dolor en la columna vertebral al hacer movimientos por sí solo.

Exploración.-Hábito exterior Hombre adulto bien constituido. Tiene una piel naturalmente morena, no bien negra, melánica que enmarcará por completo la erupción intermitente que presenta en todo su cuerpo. Esta erupción es hoy una descamación de papules muy próximas, una de otra, muchas de ellas en comarcas de necrosis, por los caracteres de su piel aparece con unido y mas bien se palpan papules la mano por su cuerpo y en la parte dorsal de ella en los miembros y pecho. El cuerpo está en debilidad activa. Las conjuntivas están enflaquecidas.

Aparato digestivo La lengua es hmeda cubierta de sabullos blancos en toda su extensi3n, mmas en la punta que en los lados. Hay un abundante escualo, una constituci3n por numerosas vacuolitas blancas que tienden a confluir. La faringe est3 enrojecida. Empi3n a sentir molestias en la garganta. El abdomen blando. Colico en el epigastro con bastante intensidad. El h3no no se palpa ni se percute.

Aparato respiratorio No se perciben ruidos anormales a la percusi3n ni auscultaci3n.

Aparato circulatorio Frecuencia muy debilo. Pulso r3gular y bastante lento.

Aparato uro-genital No se analiza el orina. Orina mas 5-6 veces al dia.

Sistema nervioso El paciente recordando bien cuanto se le pregunta.

Músculos y articulaciones *Sangre el día 5. Febrero, D.C. con citrato y 16 sin citrato, velocidad 39. urea 72. (Orina) 71. Vrea 88. 6 días de E.*
Sangre, el día 8; lo mismo que la anterior. Velocidad 71. Vrea 88. 8 días de E.
id, el 10 Velocidad 7, Vrea 70 (Orina) 12 días de E.
id, el 12 Velocidad 82. Vrea el día 13, 119. 12 días de E.
El día 13 a las 7 1/2 noche, 200 c.c. de suero glucosado, y tres ampollas de eor en el día de 1. c.c.

Síntomas especiales de piel (Erupciones) *ya se ha descrito la erupción variolosa.*

Investigaciones que se practican *Adicionales Urea en sangre*

Tratamiento *hecho - y XXX gotas al día de la siguiente fórmula gotas potasio y gotas de gota de agua 10.*

DIARIO CLÍNICO

- 7- La erupción se mantiene en el mismo momento evolutivo de papulas muy infiltradas, y se el descamis dando una sensación de relieve duro - las que apuntaban a resquebrazarse en la frente siguen en purpura - El estado piel es bueno
- 8- Continúa sin peculiar la erupción - Uter
- 10- En cara por erupción franca en transformación pustulosa - bronca y extremidades aún en erupción - La erupción es mas que coherente - Xilol
- 11- Impresa la transformación eruptiva - Pulso y corazón se mantienen bien - Hato de venulas en extremidades alpr. Luedo -
- 12- Continúa la erupción - Hato de venulas en tronco - no tr...

Fig. 5, 6, 7, 8. En 1926 se observa un nuevo modelo de historia clínica.

Es lógico comprender que el Hospital empezase su andadura con un modelo de Historia Clínica no del todo funcional, y esto se explica ya que en los alrededores no existían hospitales de sus características del que pudiesen asumirse y copiar sus modos de hacer y por lo tanto sus impresos. El Hospital del Rey, y los profesionales que en él se embarcaron, tuvieron que hacer frente a la ingente tarea de sacar adelante una nueva institución en la cual todo estaba por hacer. A esta dificultad se sumaba la de ser un Hospital volcado en las enfermedades infecciosas, es decir, algo totalmente novedoso, y en el que sólo se podía abrir brecha enfrentándose a situaciones inéditas hasta la fecha y sacar experiencia del día a día, sin poderse apoyar en otros modelos hospitalarios nacionales, puesto que no existían.

Existe una etapa, en torno a 1.939, justo al final de la Guerra, en la que se encuentran algunas historias clínicas mecanografiadas. Teniendo en cuenta los años de los que estamos hablando, es de alabar este empeño por hacer más claras y legibles las anotaciones médicas. Lamentablemente, y suponemos que por lo poco práctico que era este método, asistimos a su desaparición casi inmediatamente (figura 9).

HOSPITAL NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Historia clínica núm. 20955.

Del enfermo VICTORIA PASCUAL ESTEBAN. que ocupó
la cama núm. del piso del pabellón BARRACAS.

FILIACIÓN

Edad 33 años. Estado Casada. Naturaleza Aranso de Torre (Burgos)
Profesión Sus labores. Residencia Calle de Prin nº 30. (Tetuán de las Victorias)
Fecha de ingreso 3 de JULIO de 1939.
Fecha del alta 20 de agosto de 1939, por Curación.

Diagnóstico: Virela
Varicela vera

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA

No recuerda contacto con ningún enfermo infeccioso.
No vacunada de antivariólica.
De antitífica hace dos años.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Hace cuatro o cinco años cólicos hepáticos.

Tiene un hijo de 13 años que está bien.

ENFERMEDAD ACTUAL

Comienzo Hace cuatro días con fiebre y escalofríos, dolor de cabeza y moles general.

Hace cuatro días le pareció un "sarpullido" en la cara que después se extendió al cuerpo. Al aparecer esta erupción notó ligera mejoría del estado general.

Fig. 9. Historias clínicas mecanografiadas correspondientes al año 1939.

En cuanto al modelo de Historia Clínica correspondientes a la viruela, hemos consultado un primer grupo que se sitúa en torno a las fechas de Abril de 1.925 y Octubre de 1.927. De ahí, saltamos a 1.938 extendiéndonos hasta 1.940, aunque hemos encontrado fechas posteriores (1.942).

En las formas para designar el diagnóstico de viruela podemos encontrar: viruela, Variola vera, forma de varioloide, formas clínicas discretas o Variola discreta, Variola confluens, etc.

Entre los médicos cuyos nombres figuran las historias consultadas podemos destacar los siguientes nombres: Zapatero, Tapia (no el Director, sino el Médico de Guardia), Ortiz de Landázuri, Sobrini, Arbesú, Valera, Calonge y Zarzosa. Esto, teniendo cuenta que en la primera época el modelo de Historia no permitía hacer constar el nombre del facultativo, por lo que los médicos que atendieron la primera epidemia de viruela no pueden ser citados.

La conclusión que podemos sacar de la cala realizada para el estudio de las historias de viruela, es que la mortalidad en la primera etapa fue mucho mayor que en la segunda. Esta conclusión en modo alguno pretende ser un dato de tipo estadístico, pues el objetivo de este estudio es la simple descripción desde un punto de vista histórico de las historias consultadas. Escapa totalmente al objetivo de esta Tesis la consecución de datos estadísticos.

Una de las primeras historias de la segunda epidemia de viruela, consultadas por nosotros, corresponde al 18 de Julio de 1938⁵⁶³. A propósito de este paciente, se puede comprobar el cambio de modelo de Historia Clínica. El nombre Hospital del Rey, dejó paso al de Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. El modelo seguía siendo pliego de dos hojas con lo siguientes apartados: datos de filiación del enfermo y ubicación en el Hospital, diagnóstico, información epidemiológica, antecedentes patológicos, enfermedad actual (comienzo, estado actual-síntomas subjetivos), exploración (empezaba a ponerse el nombre del Médico Encargado; hábito exterior que se dividía en piel, ojo, cuello, miembros; aparato digestivo, que se dividía en boca garganta y abdomen; aparato respiratorio, que se dividía en fosas nasales, laringe, tórax y pulmones; aparato circulatorio; aparato urogenital; sistema nervioso; investigaciones especiales, tanto clínicas como de Laboratorio; y por último tratamiento), exploración clínica a la salida (constaba la fecha, el Médico, y una división por aparatos), y por último, un resumen del examen postmortem.

En definitiva, era muy parecido al modelo anterior, siendo la gran diferencia el nombre del Hospital, la aparición del Médico Encargado del paciente, y una mayor esquematización de la

⁵⁶³ CHCHR. Historia Clínica nº 19.169

exploración general por aparatos, lo que facilitaba su realización impidiendo el olvido de alguna de sus partes (figuras 10, 11, 12, 13).

Modelo 1

HOSPITAL NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Historia clínica núm. 21974

Del enfermo Mamuel Fernandez Montes que ocupó
la cama núm. 8 del piso 1 del pabellón Baracas.

FILIACIÓN

Edad 18 Estado sol Naturaleza Petuan de las Victorias
Profesión ninguna Residencia Alvarado 15
Fecha de ingreso 8 de Octubre de 19 39
Fecha del alta 12 de Noviembre de 19 39, por Curación

Diagnóstico: Varicela
Varicela vera

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA

Vacunado en junio 1939 con resultados negativos
En la misma fecha vacunado con E.H.B. 200
con una inyección.
En las proximidades de mi casa ha habido varias
enfermos con viruela.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Sarampión en la primera infancia.
Catarros con frecuencia con poca fiebre y sin tener
que guardar cama.

ENFERMEDAD ACTUAL

Comienzo Desde hace 15 días se notaba fiebre con espaldas
y la fiebre día a día continúa. Seguía haciendo vida ordi-
naria hasta hace 3 días que se encontraba peor con
mas fiebre y espaldas. Epistaxis desde hace dos días.
Hace 24 horas se notó la erupción en cara y tórax.

EXPLORACIÓN

Día 8 de Octubre Hora Dr. Larrosa.

HABITO EXTERIOR:

Decúbito *de pie* Conformación *normal* Estado de nutrición *regular*

Piel. — Erupciones *En cara y tronco elemento papulosos no muy abundantes. En las extremidades, todo en el mismo estado de evolución.*

Pigmentaciones anormales *—*

Ojo. — Movimientos *—*

Conjuntiva *—*

Pupilas *—*

Cuello. — Rigidez *—*

Retracción *—*

Ganglios cervicales *—*

Idem submaxilares *—*

Miembros. — Deformidades *—*

Músculos *—*

Huesos *—*

Articulaciones *—*

APARATO DIGESTIVO:

Boca *—*

Lengua *alg. elemento papular en punto de lengua.*

Dientes *—* Encías *—*

Garganta. — Faringe y pilares del velo *—*

Amígdalas *alg. hiperplasia.*

Abdomen. — Inspección y palpación *—*

Timpanismo *—*

Dolor *—*

Puntos dolorosos especiales *—*

Bazo *—*

Hígado *—*

Caracteres de las deposiciones *—*

APARATO RESPIRATORIO:

Fosas nasales *—*

Laringe *—*

Expectoración *—*

Tórax. — Forma *—*

Movimiento y expansión *—*

Tipo de respiración *—*

Exploración de la pared (músculos, costillas, edema) *—*

Pulmones. — Derecho *—*

Izquierdo.....

APARATO CIRCULATORIO:

Límites de corazón: Borde derecho

Borde izquierdo

Latido de la punta (espacio y relación con la mamila)

Auscultación

Pulso

APARATO URO-GENITAL:

Exploración volumen riñón (palpable o no)

Disuria

Polaquiuria

Caracteres microscópicos de la orina

Organos genitales

SISTEMA NERVIOSO:

Motilidad

Sensibilidad (térmica y dolorosa)

Reflejos: Patelar

Abdominal

Cremastérico

Kernig

Babinski

Otros reflejos normales o anormales

Estupor

Delirio

Organos de los sentidos

Investigaciones especiales, tanto clínicas como de laboratorio:

Tratamiento:

EXPLORACIÓN CLÍNICA A LA SALIDA

Día de de 19..... Dr.

Hábito exterior:

Aparato digestivo

Aparato respiratorio

Aparato circulatorio

Aparato uro-genital

Sistema nervioso

Datos de interés epidemiológico a la salida del Hospital

RESUMEN DEL EXAMEN POST-MORTEM

212

⁵⁶⁴ CHCHR. Historia Clínica n° 24.291

213

2.3.2.2 Datos de Filiación de los pacientes.

En los primeros años de funcionamiento del Hospital, se usaron las Barracas o Pabellones Dócker para hacer frente a la primera epidemia de viruela. Los primeros ingresos se distribuyeron por sexos; las mujeres se alojaban en el Pabellón II y los hombres en el Pabellón I. Sin embargo, los primeros ingresos de la segunda epidemia se concentran en el Pabellón I, situándose los pacientes de sexo masculino en el primer piso, y las mujeres en el segundo. Esto duró poco, posiblemente el tiempo necesario para la rehabilitación de las barracas. En Julio de 1.939, ya empieza a aparecer ingresos en los Pabellones Dócker. Y en la última etapa en la que se han realizado calas, correspondiente a 1.940, los ingresos se distribuyen tanto en los Pabellones Dócker, como en el Pabellón I, a partes iguales.

Uno de los primeros ingresos en la primera epidemia de viruela se produjo con fecha de 9 de Abril de 1925 y fue un varón de siete años de edad residente en las Chozas de la Alhóndiga, en Madrid.

A la hora de realizar un ingreso, se rellenan por parte del médico de guardia los datos de filiación de los pacientes:

“Mujer, que ocupó el cuarto número 2, piso primero del Pabellón Dócker primero, cama número 7. Fecha de ingreso: 12 de Enero de 1.926. Dieciséis años de edad, soltera, natural de Villasendina, provincia de Burgos, residente en Tetuán, Calle Baracaldo 3. Alta por curación el 14 de Febrero de 1.926 (Dato, que lógicamente se relleno a la salida del Hospital de la paciente)”⁵⁶⁵.

Es lógico que en una epidemia se viesen afectados varios miembros de una misma familia. Normalmente, en las historias quedaba reflejado el parentesco: "es hermana del enfermo ingresado con el número de Historia ocho”⁵⁶⁶.

Existen datos pintorescos que el Médico de Guardia reflejaba en algunas historias poniendo de manifiesto que quizás tuviesen gran importancia en la transmisión de la enfermedad:

⁵⁶⁵ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 12 de Enero de 1.926.

⁵⁶⁶ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 9-IV-25.

“Paciente de 33 años de edad natural de Venecia (Italia), residente en Madrid desde hace cinco años, de profesión camarero del Ideal, donde trabaja desde el 10 de Octubre. El dueño del establecimiento no le obligó a vacunarse. Está domiciliado en la calle Las Huertas, en cuya casa que es de huéspedes hay tres personas muy adultas. En la casa donde vive lavan la ropa toda junta. Sin embargo, no se ha visto enfermos de viruela en la vecindad”⁵⁶⁷.

Es evidente, que el hecho de ser camarero y padecer viruela es importante al menos como posible foco de transmisión, y por lo tanto justifica su anotación en la Historia Clínica. Esto mismo, sucede cuando se anota: “vive en la calle de Bravo Murillo, lavando su ropa en un lavadero público, secándola en el mismo sitio”⁵⁶⁸.

En 1.939, se siguen haciendo este tipo de anotaciones: "en la vecindad no hay enfermos. El paciente se dedica a la rebusca de trapos en los vertederos. No ha sido vacunado nunca contra la viruela"⁵⁶⁹.

En una niña de dos años, que ingresa el 12 de diciembre de 1.927, su llegada al Hospital se produce desde la lejanía, a través de un viaje de tren:

"Hace cinco días que esta enferma comenzó con escalofríos, teniendo sus padres que hacerle guardar cama enseguida, en su casa natal en Ceuta. Fue a la mañana siguiente cuando fue puesta en un tren con sus padres para venir a Madrid. La madre notaba en el camino que la niña estaba amodorrada, comenzándole a mitad de viaje una erupción en forma de granitos. A llegar a Madrid fueron enviados al Hospital"⁵⁷⁰.

Estos datos demuestran que, a veces, el Hospital recibía pacientes desde fuera de su entorno habitual. No sabemos el motivo exacto por el cuál esta familia fue conducida hasta Madrid. Quizás era conocida la existencia de un Hospital monográfico de enfermedades infecciosas en la capital de España desde alejadas provincias como es el caso de Ceuta. En estas pequeñas ciudades probablemente existiría bastante miedo a la propagación de la viruela, contra la que poco podrían hacer.

Constan pocos militares que padeciesen esta enfermedad. No obstante, podemos citar la excepción:

⁵⁶⁷ CHCHR.

⁵⁶⁸ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 25-V-25.

⁵⁶⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 20.965, correspondiente al ingreso de (4-VII-39).

"Ha llegado a Madrid procedente de Almazán, perteneciente al tercer batallón de automovilismo primera compañía del ejército de ocupación. Hacía Servicio conduciendo un camión. Los días anteriores se ha desplazado continuamente, viviendo durante cinco días en una casa deshabitada de la calle de Atocha en las proximidades de donde se ha alojado su compañía. Encontrándose mal, ha ingresado en el Hospital General, saliendo su compañía para Andalucía. Desde el Hospital General es trasladado al Hospital del Rey transcurridos cinco días, con fecha de 7 de Julio de 1.939"⁵⁷¹.

Probablemente, el origen de la infección de este soldado fuese un contacto civil durante los días que vivió en Madrid. Se vuelve a demostrar que la existencia del Hospital del Rey, como Hospital de enfermedades infecciosas, era conocida y asumida como tal por el resto de los hospitales que le rodeaban. En el momento en el que se empezaron a poder realizar traslados de enfermos infecciosos al Hospital del Rey, éstos se produjeron de forma repetida.

2.3.2.3 Información epidemiológica y antecedentes patológicos.

En los primeros casos de viruela, se recogía sucintamente la vacunación de los familiares y allegados del enfermo. La vacunación podía haber sido positiva o negativa, anotándose el resultado. También, se solía preguntar por la revacunación. Así, se puede leer en una de las Historias consultadas:

"Enfermo vacunado el 17-III-25, con resultado positivo. Sus padres fueron vacunados el año pasado con resultado positivo. Una hermana de 13 años fue vacunada en 1.924 con resultado positivo. Un hermano de once años vacunado el 17-IV-25, enfermo posteriormente y falleciendo. Una hermana de ocho años vacunada el 17-IV-25 con resultado negativo, estando enferma posteriormente durante ocho días tras los cuales falleció. Un hermano de cinco años vacunado el 17-IV-25 con resultado positivo, falleciendo del mismo modo al contraer la enfermedad. No hay más personas en la casa, que en realidad es una choza con dos habitaciones. El paciente no sabe si en la vecindad había otros enfermos de viruela"⁵⁷².

⁵⁷⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 2369

⁵⁷¹ CHCHR. Historia Clínica nº 20562

⁵⁷² CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 9-IV-25

En otra historia, leemos: "Vive en la misma choza que su cuñada, que tuvo tres hijos con viruela de los cuales fallecieron dos"⁵⁷³. En algunos pacientes, simplemente se dice "No está vacunada"⁵⁷⁴. En estos enfermos, de otra parte, era fácil comprobar la veracidad de lo que contaban: "Dice haber sido vacunada en la infancia. Se comprueba la escara señal"⁵⁷⁵. Algunos pacientes realmente habían tenido poca suerte en su vacunación: "Vacunado en la actualidad dos veces con resultado negativo. En la infancia, con el mismo resultado (6-X-39)"⁵⁷⁶.

En general, si el paciente en el momento de su ingreso no estaba vacunado se procedía a su realización:

"Hermano de la niña que murió de viruela el día 17 del corriente. Fue vacunada en el momento de su ingreso. La vacuna evolucionó normalmente, siendo francamente positiva. El día 20 tuvo un acceso de temperatura que se interpretó como consecuencia de las pústulas vacunales (12-XII-27)"⁵⁷⁷.

De algunas historias se puede deducir la extensión de la vacunación en la población general en aquellos años. En una enferma procedente del Asilo de Valle hermoso, se anota que en dicha institución no hay ningún enfermo de viruela, y que durante el año pasado se vacunó a todos los asilados (8-V-25)⁵⁷⁸.

No se puede decir lo mismo, años más tarde, cuando podemos leer: "ingresa otra niña procedente del hogar de clasificación número dos. De allí han venido otros niños con viruela (1-IV-42)"⁵⁷⁹.

Asistimos, a veces, a la transcripción de fenómenos clínicos que se detallan con interés en la historia clínica:

"Paciente de 50 años que acompaña a su hijo, hace aproximadamente un mes, para que ingrese en el hospital aquejado de viruela. Aproximadamente cuatro días después, se vacunó con resultado positivo. Ahora ingresa él por viruela. Se observan todavía

⁵⁷³ CHCHR. Historia Clínica n° 171, correspondiente al ingreso de 9-IV-25.

⁵⁷⁴ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 12-I-26

⁵⁷⁵ CHCHR. Historia Clínica n° 21.953, correspondiente al ingreso de 6-X-39

⁵⁷⁶ CHCHR. Historia Clínica n° 21.952

⁵⁷⁷ CHCHR. Historia Clínica n° 2369

⁵⁷⁸ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 8-V-25

⁵⁷⁹ CHCHR. Historia Clínica n° 29.116

perfectamente visibles las costras de la vacunación. Por lo tanto, éste es uno de los incubadores de viruela que en este periodo tienen inoculación vacunal positiva. Contando los días que han transcurrido, resulta que la incubación habrá sido de unos 14 días y en el transcurso de ellos es cuando e independientemente ha evolucionado la vacuna⁵⁸⁰.

El enfermo de esta historia falleció. No obstante, sin entrar en detalle sobre el contenido científico de la anotación, sí se puede apuntar que los clínicos del Hospital utilizaban los ejemplos que le brindaba la práctica diaria para sacar conclusiones u observaciones de tipo teórico-médico en la enfermedad que se estuviese estudiando.

Existen datos de que a veces se ingresaban familias enteras para su observación. Es el caso de la familia de un niño enfermo de viruela del cual podemos leer:

"Este enfermito, de tres años de edad, es hermano de otro paciente que en la actualidad se encuentra hospitalizado en esta barraca padeciendo viruela. Toda la familia fue hospitalizada en observación siendo vacunados todos los miembros al día siguiente de su ingreso, que fue el 26 de Enero. Entre ellos, desde luego se encontraba el niño de la presente historia. Salieron diez días después de su ingreso. En lo que se refiere al niño, su vacunación fue francamente positiva, conservando en la actualidad dos densas escaras negruzcas del tamaño de una moneda de ocho pesetas, encontrándose rodeada de una abundante erupción variólica confluyente. El chico empezó a estar enfermo el día cinco de este mes, el mismo día que se le daba de alta de observación, comenzando con una erupción confluyente en cara de tipo miliar-vesiculosa de igual tipo que la que rodea la areola vacinal. Posteriormente, las pústulas vacunales necrosadas evolucionaron hacia el tamaño de una moneda de cinco centímetros (7-II-26)"⁵⁸¹ (figuras 15, 16).

⁵⁸⁰ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 9-2-26

⁵⁸¹ CHCHR. Historia Clínica nº 739





Fig. 15, 16. Cadáver de un niño de 3 años afecto de viruela.

Es decir, en esta familia se realizó un periodo observacional de diez días, consistiendo dicha observación en el ingreso y vacunación de todos los miembros de la familia. No sabemos de cuántos miembros contaba esta familia, pero no podemos dejar de sorprendernos ante este dato. El Hospital del Rey era una institución relativamente pequeña, que aunque estaba en los inicios de su andadura, ya funcionaba a pleno rendimiento incluso con el uso de los pabellones Dócker. Es evidente que el ingreso de familias enteras para su observación suponía un esfuerzo notable por la pérdida de potenciales camas para el ingreso de enfermos infecciosos. Desconocemos si esta práctica inicial se mantuvo en etapas posteriores.

Con los años (27-IV-39), los datos recogidos de la información epidemiológica se hacen más completos y elaborados:

"La paciente hace un año que vive en la casa actual, en la Calle Alvarado. Desde los seis años vive en Madrid con dos hermanos y sus padres, todos sanos. Dice que en la primera infancia fue vacunada con la antivariólica. No recuerda haber sido revacunada. Tuvo paludismo hace cinco años. Fue tratada con Quinina por vía oral y parenteral, sin recidivas del proceso. En la primera infancia padeció sarampión y escarlatina. Asegura también hacia la misma época haber padecido varicela"⁵⁸².

Lo mismo se puede decir de otras historias consultadas: "en la vecindad no existe viruela. Fue vacunado contra la viruela cuando tenía un año, con resultado positivo. Hace dos años fue revacunado con resultado negativo. Siempre ha vivido en su domicilio actual. No ha sido vacunado con el grupo T.A.B. (1-VII-39)"⁵⁸³.

A veces, existían omisiones poco comprensibles. En una de las historias consultadas, se hace referencia a un paciente de tres años previamente hospitalizado en el Hospital del Rey por un proceso pulmonar que no se menciona. Ahora reingresa por viruela. Podemos ver cómo en la Historia el médico que atendió al pequeño paciente subraya en rojo: "No ha estado vacunado. Ha estado ingresado en el Pabellón I hace 15 días (7-V-39)"⁵⁸⁴. Se supone que una Institución que hace frente a una enfermedad como la viruela, tendría que poner todos los medios a su alcance para realizar una adecuada profilaxis de la misma.

2.3.2.4 Descripción de la enfermedad actual. Exploración Física y la evolución de los pacientes.

Es lógico que los primeros ingresos de enfermos de viruela fueran atendidos con menor experiencia por parte del personal médico⁵⁸⁵. Esto puede verse reflejado en las primeras Historias por lo escueto de la Exploración Clínica, así como el diario Clínico.

Quizás, en la evolución de las Historias Clínicas de las dos epidemias de viruela se pueden establecer tres etapas artificiales: la primera llegada de enfermos coge por sorpresa al personal

⁵⁸² CHCHR. Historia Clínica nº 20.618

⁵⁸³ CHCHR. Historia Clínica nº 20.946

⁵⁸⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 20.645

⁵⁸⁵ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 9-IV-25

médico que lógicamente no ha estado en contacto con esta enfermedad. Esto se traduce en una cierta inseguridad que se refleja en una escasez de datos clínico apuntados en la Historia.

En la segunda etapa, la epidemia está ya en su apogeo y el número de enfermos provoca una repetición de signos y síntomas clínicos que proporcionan al médico una gran seguridad. El dominio del cuadro clínico por parte del médico se traduce en querer escribir todo tipo de detalles por muy insignificantes que estos sean. La descripción de la enfermedad roza la perfección.

Por último, la tercera fase se produce cuando el médico se cansa de describir con profusión un cuadro clínico que se repite en múltiples enfermos. Esto lleva al médico de nuevo a ser conciso en sus anotaciones en el diario clínico dando mayor importancia a aquellos datos que no se repiten y que distinguen a un paciente de otro.

Por ejemplo, las anotaciones del diario Clínico de uno de los primeros enfermos, es como sigue:

“Lleva enfermo cinco días.

Día 11: vesículas confluentes en cara y manos; discretas en tronco y coherentes en miembros inferiores.

Día 13: pústulas confluentes en cara y manos; vesículas umbilicadas confluentes en el resto del cuerpo, salvo el triángulo pubiano; mucosas invadidas en su totalidad y sangrantes.

Día 14: sigue la evolución igual en todo el cuerpo.

Día 15: pústulas vesiculares desprendidas unas y en período de desecación otras. Sigue vesiculación pustulosa.

Día 16: evolución supurativa de las pústulas, notando tendencia a la desecación en la cara.

Día 17: cara con costras en comienzo de la desecación. En el resto del cuerpo, la erupción tiende también a desecarse, observándose nuevas vesículas que aparecen rotas sin llegar a supurar.

Día 18: En desecación cara y cuerpo, continúa la supuración en las manos.

Día 20: Cara con costras desecadas; En tronco y extremidades la erupción se seca sin supurar salvo algunas pústulas.

Día 21: Desecación franca en toda la erupción salvo costras del cuero cabelludo y en la cara que supuran todavía.

Día 22: Progresión rápidamente la desecación.

Día 23: Sigue igual.”⁵⁸⁶.

Esto, podría ser un ejemplo que sirviese de paradigma de Historia clínica en los comienzos de la epidemia de viruela, es decir el primero de los periodos apuntados antes.

⁵⁸⁶ CHCHR. Historia Clínica nº169 (9-IV-25)

Un año después, podemos observar una descripción clínica mucho más detallada, pudiendo corresponder a la segunda etapa de la epidemia:

“Hace nueve días sintió escalofríos, dolor de cabeza con vómitos, y dolor de garganta al tragar que continúan en la actualidad. En el examen en el día de ingreso, se detectó una erupción coherente en periodo vesiculoso-pustuloso en cara, con vesículas en resto del cuerpo. En plantas de manos y pies, se forman flictenas confluentes, que por asentar en piel dura, son muy dolorosos. En cuero cabelludo, bastantes pústulas, con los caracteres propios de esta región. La erupción respeta en absoluto, la región pubiana. Halo inflamatorio sin vesículas, poco acentuado. Aberturas palpebrales respetadas, no así las aberturas nasales y labios. Mucosas: ligera conjuntivitis. Catarro nasal, con costras sanguinolentas. Mucosa bucal de color normal. Ni en labios ni lengua, ni carrillos hay ninguna vesícula. Sólo en el paladar dos muy pequeñas sin halo inflamatorio: infarto de amígdalas. En los restantes aparatos no hay ninguna anormalidad.

A los dos días del ingreso comienza la desecación con formación de costras secas. En la parte inferior del tronco y extremidades se observan pústulas de pared delgada y contenido turbio con escaso halo inflamatorio. A los cinco días de ingreso se ven flictenas rotas aplastadas y dejando ver el dermis sonrosado en su mayor parte. Algunas de ellas sorprendidas acabadas de romper dan salida a un líquido bastante claro. En cara y cuello, la evolución es hacia la desecación rápida. En conjunto, la doble evolución de los elementos en este caso a partir de la transformación purulenta de las vesículas ha sido de una parte hacia la condensación en una especie de grano que acaba por desprenderse en un solo bloque; de otro hacia la fluidificación para originar en último término una flictena de pared delgada que al romperse dará salida a un líquido ligeramente lactescente y dejará al descubierto el dermis íntegro. A los ocho días de evolución el proceso de desecación está detenido. La erupción en muslos y piernas tiene un ligero tono lívido”⁵⁸⁷.

También, podemos observar la minuciosidad con que el médico de Guardia recoge los antecedentes personales y la exploración física de un enfermo de quince años, gitano:

"No proporciona antecedentes familiares. De pequeño no recuerda haber padecido ninguna enfermedad. Dice que fue vacunado hace muchos años, unos doce, pero no sabe el resultado. En la actualidad, se dedica a los negocios de compraventa y hace cinco años que está en Madrid. Suele salir de vez en cuando a las ferias de los pueblos. La última vez regresó de Leganés el dieciocho de Diciembre. No recuerda haber visto ni oído decir nada sobre la existencia de viruela en los sitios por los que pasó. Sí que había en su calle, de donde procede una familia de gitanos que se encuentra ingresada en el Hospital. De todos modos, con ellos no tenía más relación que la de estricta vecindad. El día de su ingreso cuento que llevaba tres días enfermo. La enfermedad comenzó con escalofríos, dolor de cabeza y un vómito. No lumbago. Al mismo tiempo se sintió decaído y con gran malestar

⁵⁸⁷ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 12-I-26

general. Unos días antes del escalofrío notó que él no estaba tan normal como siempre. Sentía pocas ganas de trabajar y con molestias inespecíficas. Sin embargo, no hizo mucho caso de estos pequeños síntomas. Más tarde tuvo que guardar reposo en cama empezando a sentir gran inapetencia y estreñimiento. Ha tenido tos sin expectoración, con ligero dolor en la garganta, y los ojos un poco llorosos. Dos días después del comienzo empiezan a aparecer por todo el cuerpo unas manchitas que muy pronto fueron prominentes y en ese momento acude para ingresar con la siguiente sintomatología objetiva: Muchacho muy bien conformado de complexión robusta que presenta decaimiento bastante acentuado. En todo el cuerpo hay una erupción papulosa roja que se hace confluyente en la cara externa de los muslos y en la cara. En la boca hay un enantema muy intenso formado por numerosas papulitas que se encuentran en el paladar óseo membranoso y se extienden por la faringe, explicando las molestias que siente. Los demás aparatos presentan lo siguiente: el respiratorio una ligera bronquitis seca difusa, y el corazón unos tonos puros pero frecuentes. En el sistema digestivo la inapetencia no se acompaña de ningún otro síntoma. En el sistema nervioso destacan el decaimiento y la postración. Como tratamiento, se prescribe leche.”⁵⁸⁸.

En este mismo enfermo, en el diario de evolución clínica, podemos leer: "vesiculación de todos los elementos eruptivos. Las vesículas poco elevadas, más bien anchas y precozmente umbilicadas, todas con tendencia al aplastamiento”⁵⁸⁹.

Y otros días, seguimos leyendo en el diario de evolución clínica: "Vesículas más hinchadas, llenas y opalescentes. La cara parece cubierta de una máscara de color achocolatado, a través de la cual rezuma en algunos puntos una serosidad turbia. Vesículas grandes duras umbilicadas, con escaso halo inflamatorio. Las pústulas confluentes inician la transformación flictenoide”⁵⁹⁰.

Es evidente la prolijidad de detalles en esta historia. Obviando la falta de rigor científico en algunos de los términos empleados (por ejemplo emplear manchitas en vez de máculas), sí que hay un deseo de reflejar y anotar cualquier detalle por pequeño que sea. Dicho sea de paso, en las historias se puede ver una gran diferencia de estilos al escribir, dependiendo si se trata de un joven médico de Guardia o un veterano Jefe Clínico. Generalmente, la anamnesis inicial y la exploración física a la entrada del enfermo se realizaba por el Médico de Guardia. En cambio, los datos anotados en el diario Clínico correspondían al médico encargado de la planta o Barraca donde ingresada el enfermo.

También hay que hay que admirar la profesionalidad de los médicos del Hospital del Rey, ya que estas historias clínicas demuestran su presencia día a día junto a la cabecera del enfermo,

⁵⁸⁸ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 15-II-26

⁵⁸⁹ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 15-II-26

⁵⁹⁰ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 15-II-26

siendo muchas veces esta cercanía algo loable, no sólo por el peligro de la contagiosidad de este tipo de enfermedades, sino también por la natural repugnancia que alguno de estos cuadros producía. Valga este comentario, quizás con más mérito, para el personal de Enfermería y cuantos trabajaban en estos pabellones manteniendo un contacto diario con los enfermos.

Sirva como ejemplo del tercer periodo, una de las historias de los últimos años, en la que se puede observar la mezcla de concisión y precisión al mismo tiempo:

"Día 18 de Julio: se observan en piel elementos maculo-papulosos acuminados, escasos en número y más abundantes en la cara.

Día 19 de Julio: continúan los elementos maculo-papulosos.

Día 20 de Julio: los elementos comienzan a transformarse en algunas zonas en vesículas.

Día 22 de Julio: clara transformación vesícula en todo el cuerpo, apareciendo algunos elementos umbilicados. Buen estado general.

Día 23 de Julio: continúa la umbilicación de los elementos vesiculosos junto con el edema palpebral y la conjuntivitis.

Día 24 de Julio: pustulación en cara y algunas zonas de los brazos.

Día 27 de Julio: la pústula de la cara se transforma en costra. Los elementos del resto del organismo inician la regresión.

Día 31 de Julio: las costras de la cara han desaparecido. En el resto del organismo empiezan a desprenderse los elementos.

Día 6 de Agosto: Cuerpo libre de elementos"⁵⁹¹.

Como hemos dicho al principio, cualquier cambio que se produjese en un enfermo con respecto al curso normal de la enfermedad se anotaba en el diario con profusión. Así en una de las historias clínicas consultadas, se anota lo siguiente:

"Hoy la enferma de viruela, de tres años, presenta una erupción típica de Varicela, con temperatura de 37° C, por la mañana, y 37.5° C por la tarde. En el vestíbulo de la barraca ingresó una niña de 12 años de edad con Varicela. Permaneció en cama varios días, pero cuando se pudo levantar estuvo jugando mucho tiempo con la niña pequeña, manteniéndola y meciéndola en sus brazos"⁵⁹².

⁵⁹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 21.102 (18-VII-39)

⁵⁹² CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 4-V-25

Esto plantea un tema crucial en un Hospital de Enfermedades Infecciosas: el contagio cruzado de dos enfermos con patologías diferentes. El aislamiento y la separación por patologías es una de las claves fundamentales para el buen funcionamiento de un Hospital de estas características. No obstante, la masiva afluencia de enfermos y la aglomeración típicas de una epidemia, provocan que a veces sea difícil un estricto aislamiento. Además, no es infrecuente la confusión inicial o error en el diagnóstico lo que lleva a reunir pacientes aparentemente iguales, pero con enfermedades distintas. La gravedad de esto último no precisa comentarios.

Otro ejemplo de lo comentado es el enfermo que ingresó en el Hospital con el diagnóstico de Pleuresía con derrame de probable origen fúngico, es decir por Hongos. Pues bien, ese paciente permanece en el Hospital durante un año y el diagnóstico de salida del mismo es viruela⁵⁹³. No existen datos en la Historia, pero puede pensarse que la larga estancia provocada por su afección inicial hizo que entrase en contacto con enfermos de viruela ingresados en el Hospital. Recordemos que la transmisión intrahospitalaria de enfermedades ya se daba en el Hospital Provincial de Madrid, y fue una de las razones para la creación de un Hospital de las características del nuestro.

En otra historia, se comenta que la enferma trabaja en la cocina del hospital, pudiendo haberse establecido algún contacto con los enfermos variolosos del Hospital ingresados⁵⁹⁴.

Lamentablemente, en algunos casos se asiste con horror a la impotencia, por parte de la medicina de la época, para poder sacar adelante a determinados enfermos. Podemos leer en una de las historias consultadas, correspondiente a una gitana de 25 años de edad: "es muy difícil obtener antecedentes porque las lesiones que afectan a la garganta provocan bastantes dificultades para hablar. El día previo a su ingreso tuvo un parto con un niño a término, con el cual también ha ingresado. La enferma no ha sido vacunada"⁵⁹⁵.

Siguiendo con la lectura de los datos de evolución de esta misma historia, podemos comprobar que se procedió a vacunar al recién nacido. En los días posteriores, en la hoja de diario Clínico podemos leer: "el recién nacido a quien la madre se niega a alimentar tiene peor aspecto y está menos vivo el día anterior. La madre viene presentando desde el día anterior frecuentes accesos de ansiedad respiratoria"⁵⁹⁶. Y un día más tarde: "la respiración anhelosa está entrecortada por un período a apneico. La situación es fatal. Se produce la muerte como

⁵⁹³ CHCHR. Historia Clínica nº 19.169 (18-VII-38)

⁵⁹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 20.529 (3-IV-39)

⁵⁹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 702 (22-I-26)

⁵⁹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 702 (22-I-26)

consecuencia de los progresos de la insuficiencia respiratoria a las 15 horas. Se realiza autopsia”⁵⁹⁷.

La historia prosigue con el recién nacido: "en la pared del vientre aparece una erupción discreta de papulitas poco salientes, sin gran relieve al tacto. El recién nacido fallece en la madrugada del día veintiuno”⁵⁹⁸.

Quizás, la misma sensación de impotencia que nos deja este caso, fuera experimentada por los médicos que la atendieron. Está claro que la simple administración de unas perlas de éter a la paciente no bastaron para modificar el curso de su enfermedad y la de su hijo. Hay que destacar la autopsia realizada en este caso, como procedimiento presente desde el inicio de la historia del Hospital.

Algunos enfermos, habían padecido previamente a la viruela otras enfermedades infecciosas, centrándose por tanto la exploración no solo en la erupción cutánea sino también en la auscultación pulmonar, en el caso de un antecedente tuberculoso: "Enfermo ingresado por viruela entre cuyos antecedentes patológicos está el haber ingresado hace un año en la Enfermería con afección pleural exudativa. No le extrajeron líquido. Estuvo hospitalizado unos siete meses”⁵⁹⁹.

En la historia de este tipo de enfermos, se adjuntaba un esquema de la auscultación pulmonar, con un dibujo anterior del tórax, lateral izquierdo, posterior y lateral derecho. Sobre estos dibujos se podía pintar o localizar los hallazgos de la exploración. En este caso: "roncus y sibilancias en vértice, base con submatidez, disminución de la motilidad del diafragma y estertores finos en plano posterior. Roce pleural rudo. Todo esto para el pulmón derecho. En el izquierdo: roncus y sibilancias. Algún estertor grueso en base”⁶⁰⁰.

El hecho de haber tenido un antecedente pulmonar les lleva a los médicos a solicitar el aislamiento del bacilo de Koch en el esputo del paciente. Igualmente, se realiza la prueba de la tuberculina (Priquet), que se lee a las 24 y 48 horas.

En algunas historias, se anota la realización de fotografías de los pacientes; lamentablemente, no se conservan la mayoría de ellas. Puede ser que existiese un archivo adjunto en el que se fuesen recopilando, pero de eso no tenemos noticia.

⁵⁹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 702 (22-I-26)

⁵⁹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 702 (22-I-26)

⁵⁹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 20.586 (21-IV-39)

⁶⁰⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 20.586 (21-IV-39)

Consta en algunas historias la interconsulta con algunas especialidades. Así, en la enferma que mencionamos padeció un proceso faríngeo que precisó la atención del Otorrinolaringólogo: "laringoscopia: Paresia de la cuerda derecha, sin que exista lesión anatómica local"⁶⁰¹.

2.3.2.5 Las exploraciones complementarias.

Dado que ésta es la primera de las enfermedades que se va a comentar, haremos un mayor hincapié en lo que respecta a los impresos de Laboratorio empleados en el Hospital del Rey en los distintos años consultados.

En general, a los enfermos ingresados por viruela se les pedía una analítica de sangre, de orina, y la velocidad de sedimentación. Esto depende del tiempo de estancia del paciente y del periodo en el que nos encontremos. En la primera epidemia de viruela, los primeros enfermos pasan por el Hospital sin que se les practique ningún tipo de analítica. Sin embargo, pronto se realizan de rutina las pruebas señaladas. En la segunda epidemia de viruela, la velocidad de sedimentación se solicita muy extraordinariamente, y en la mayoría de los enfermos las pruebas solicitadas se reducen al análisis de orina (incluyendo su densidad) y un hemograma con fórmula leucocitaria.

Uno de los primeros Análisis que se realizan en un enfermo de viruela es la cantidad de Albúmina presente en orina (9-IV-25)⁶⁰². El impreso para dicho Análisis está en blanco y no es específico para la orina. Por lo tanto, podemos hablar de la un impreso genérico de Laboratorio en los primeros meses de funcionamiento del Hospital. Es decir, se pueden hacer anotaciones escritas a mano de cualquier tipo de analítica (sangre, orina, etc.) en un único modelo de impreso (figura 17).

Un año después⁶⁰³, ya observamos la adquisición de impresos independientes para la analítica de sangre, de orina, y la realización de parámetros bioquímicos en suero. También, se incorporan en dichos impresos la posibilidad de realizar estudios microbiológicos en la orina y estudio de parásitos en sangre.

⁶⁰¹ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶⁰² CHCHR. Historia Clínica nº 171

⁶⁰³ CHCHR. Historia Clínica nº 674. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

Observación número _____
Enfermo *Enrri del Zebani*
Pabellón *Novce* piso *1^a* cama *7*

ANÁLISIS DE *Orina*
Albumina constante

Observaciones

Chamartin, 16 de Abril de 1925

Fig. 17. Uno de los primeros modelos de petición de analítica del Hospital del Rey.

En el paciente estudiado⁶⁰⁴, se llevó a cabo análisis de sangre con fórmula leucocitaria, análisis bioquímico de sangre y análisis de orina. Todos estos análisis se realizaron en este caso

⁶⁰⁴ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

al día siguiente de su ingreso y no se volvieron a repetir. Lógicamente, el Laboratorio de Análisis del Hospital era el encargado de esta tarea.

Se realizó analítica de sangre, que queda reflejado en un impreso específico para el Hemograma, con recuento de:

“Granulocitos neutrófilos (62), granulocitos acidófilos (eosinófilos) (1), leucocitos propiamente dichos (22) y monocitos (8). También, se realizó recuento de células de irritación de Türk (4). Los datos están ofrecidos en cantidades por 100. Los leucocitos por milímetro cúbico eran de 12.200”⁶⁰⁵.

Dentro del modelo de análisis de la fórmula leucocitaria, estaba la posibilidad de ofrecer los datos cuantitativos, además de los ya citados, de:

“Granulocitos basófilos o células cebadas o de Mastzellen; linfocitos leucocitoides (Pappenheim); índice de granulaciones azurófilas. También estaba previsto el número de formas inmaduras: hemocitoblastos, mieloblastos, promielocitos, mielocitos, metamielocitos (granulocitos de transición) y linfoblastos. Formas patológicas: pleocariocitos, dismorfocariocitos de Pittaluga (células de Rieder). Formas histiógenas: Células cianófilas de Cajal (Plasmazellen) y hemohistioblastos”⁶⁰⁶.

Asimismo, se incluía en el reverso el esquema de Arneth con la posibilidad de poder detallar el número de leucocitos de los tipos A-E, y de su número de lóbulos nucleares especificando el tipo. Se podía apuntar alteraciones de la serie hemoglobínica. También existía un espacio para investigaciones especiales, así como la existencia de parásitos y coagulación (figuras 18, 19).

⁶⁰⁵ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

⁶⁰⁶ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

Observación número **209**
Enfermo **Barraca**
Pabellón _____ piso _____ cama **7**

ANÁLISIS DE SANGRE

FÓRMULA LEUCOCITARIA

		POR 100	POR 100	POR 100 sangre normal adulto
Formas normales				
Granulocitos neutrófilos.....			62	70
(Arnet).....	Tipo A.....			
	» B.....			
	» C.....			
	» D.....			
	» E.....			
Granulocitos acidófilos (eosinófilos).....			1	2
— basiófilos (células cebadas; Mastzellen).....				
Linfocitos propiamente dichos.....			22-3	25
— leucocitoides (PAPPENHEIM).....				1
Monocitos.....			8	2
Índice de granulaciones azurófilas.....				
Formas inmaduras				
Hemocitoblastos.....				
Mieloblastos.....				
Promielocitos.....	Neutrófilos.....			
	Eosinófilos.....			
Mielocitos.....	Neutrófilos.....			
	Eosinófilos.....			
Metamielocitos (granulocitos de transición).....	Neutrófilos.....			
	Eosinófilos.....			
Linfoblastos.....				
Formas patológicas				
Pleocariocitos.....				
Dismorfocariocitos de PITTALUGA (células de RIEDER).....				
Células de irritación de TÜRK.....			4	
Formas histiógenas				
Células cianófilas de CAJAL (Plasmazellen).....				
Hemohistioblastos.....				

Métodos de coloración

Leucocitos por mm. c. **12.200**

Hemáties por mm. c.

Madrid, **13-I-926**

Hemoglobina

Valor globular

Hora del examen

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

OBSERVACIÓN NÚM.

ENFERMO: *Carmen Barrios*

Barrios
Pabellón

Piso

Sala

Núm. *4*

Cantidad

Densidad *1.024*

Color *rojo naranja*

Olor

Aspecto *lúbrico*

Reacción *ácida*

Dp. macroscópico *abundante*

Materias fijas {Minerales

{Orgánicas

Urea *30/0*

Cloruros *1.1%*

Fosfatos

Acido úrico *0.31*

Indican *no*

ANÁLISIS DE ORINA

Albumina *no*

Glucosa *no*

Acetona *ligeros indulos*

Acido diacético *no*

Pigmentos biliares *no*

Sales biliares *no*

Urobilina *no*

Sangre

Reacción de Meritz-Weiss *negativo*

Diazo-reacción de Erlich *negativo*

SEDIMENTO

Examen microscópico *alguna leucocitos abundantes*

Investigación bacteriológica *bacterias y uratos*

19-1-26

⁶⁰⁷ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

datos: “Nitrógeno total (520), Nitrógeno ureico (306), Nitrógeno residual (214), Urea (654) y glucosa (375)”⁶⁰⁸. Existía un apartado para poder reflejar observaciones (Figura 21).

**LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY**

Observación número 8
Enfermo Carmen Pantoja
Pabellón _____ piso Primer

ANÁLISIS DE

<u>N total</u>	<u>520</u>
<u>N ureico</u>	<u>306</u>
<u>N residual</u>	<u>214</u>
<u>Urea</u>	<u>654</u>
<u>glucosa</u>	<u>375</u>

Observaciones

Chamartín, 14 de _____ de 1926

[Signature]

HOSPITAL DEL REY (CHAMARTÍN)
E. Giménez, Huertas, 16 y 18.-Madrid.

Fig. 21. Impreso de petición de Bioquímica correspondiente al año 1926.

Aunque no se trate realmente de una prueba complementaria, incluimos aquí un breve comentario sobre la gráfica de constantes clínicas, para dar una idea de conjunto de los impresos que se podían hallar en la Historia clínica de un paciente.

De esta forma, es bastante raro encontrar una Historia clínica sin una cuadrícula de observaciones clínicas o gráfica de constantes clínicas en su interior. En ella quedaban anotados

⁶⁰⁸ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

los datos de filiación del paciente, su fecha de ingreso y el tiempo enfermedad en el momento de ingresar (en este caso elegido de ejemplo, era de ocho días)⁶⁰⁹.

Estas cuadrículas eran mensuales, haciéndose gráficas con distintos colores para la frecuencia de respiraciones, pulso, y temperatura. Asimismo, se anotaba cada día la cantidad de orina, el número de deposiciones, los vómitos, y la tensión arterial sistólica y diastólica. En la parte inferior de la gráfica, existía un espacio para anotar observaciones. Por ejemplo, en este caso⁶¹⁰ sirvió para reflejar el momento de la extracción de sangre para analítica: se extrajo respectivamente sangre con y sin citrato, con una separación de siete días.

Con posterioridad, aproximadamente en 1.939, se puede observar que la cuadrícula de observaciones clínicas es más pequeña (del tamaño de un folio, en comparación con el tamaño sábana utilizado anteriormente) y se comienza a poner, por parte del personal de enfermería, el tratamiento suministrado mediante una inicial correspondiente al medicamento anotada en el día en que este se daba al paciente.

A veces, en la cuadrícula quedaba reflejado, por parte del personal de enfermería, la etapa de la enfermedad en la que se encontraba el enfermo, mediante el uso de mayúsculas iniciales: P, pústulas; M, elementos en mucosas o enantema; D, desecación; I, impétigo⁶¹¹ (figura 22).

⁶⁰⁹ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

⁶¹⁰ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al 12/1/26.

⁶¹¹ CHCHR. Historia Clínica n° 24.294 (2-X-40)

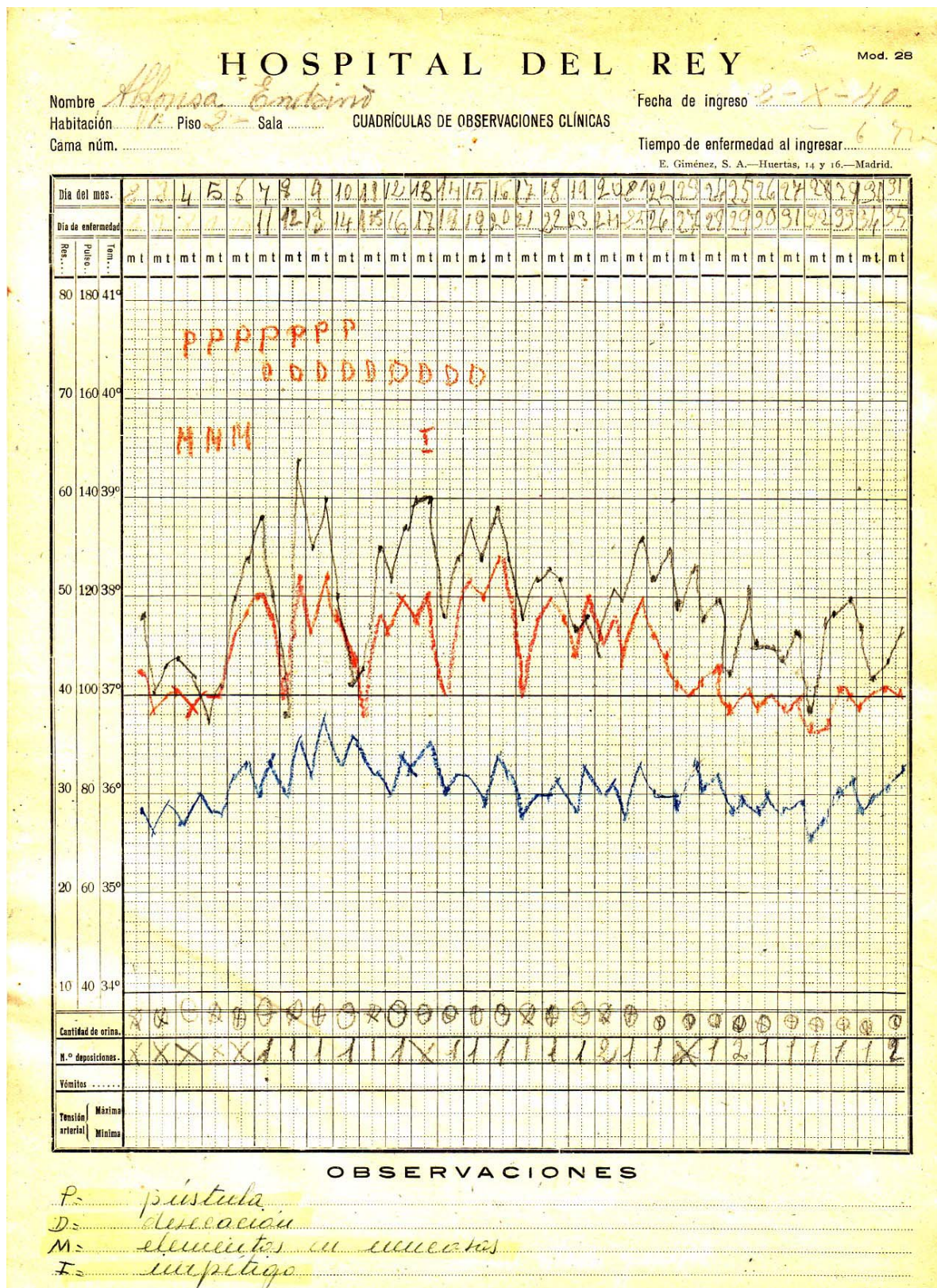


Fig. 22. Gráfica de constantes clínicas correspondiente a 1940.

Existían excepciones en la petición de pruebas analíticas como ocurre con un paciente⁶¹², en el cual sin que haya una evolución desfavorable que lo justifique, se realiza extracción de sangre (ocho centímetros cúbicos con citrato y otros ocho centímetros cúbicos sin citrato) los siguientes días: 19 de Enero, 22 de Enero, 30 de Enero, 1 de Febrero y 29 de Febrero.

En todos estos días se solicita la velocidad de sedimentación, y la urea. En este mismo enfermo, también se solicitó el Análisis de la orina los días 20 de Enero y 2 de Febrero de 1.926⁶¹³. En este mismo enfermo, se procedió a la vacunación el 3 de Febrero de 1.926, realizada por el Laboratorio de Análisis y siendo el resultado negativo.

Tal cúmulo de analíticas solicitadas a un enfermo, destaca sobre el conjunto del resto de enfermos de viruela. Una posible explicación sería la realización de estudios de investigación por parte de los médicos que atendían a este paciente. No hay que olvidar la enorme faceta de investigación llevaba a cabo por este Hospital que se traduce en numerosísimas publicaciones a lo largo de su Historia.

En otro enfermo consultado, también se practican abundantes estudios analíticos, pero en este caso estaban justificados dada la gravedad del cuadro que junto con la viruela sufrió una retención acusada de urea, con insuficiencia renal⁶¹⁴.

El enfermo falleció el día 13, probablemente sin que hubieran llegado los resultados de todos los estudios solicitados. Así pues, podemos constatar una mayor petición de pruebas asociadas a la gravedad del cuadro clínico, sin que estas, por lo menos en el caso que estudiamos, ayudasen al paciente a sobrevivir. En este caso, sirvieron únicamente a constatar la gravedad de la enfermedad y su empeoramiento gradual en el tiempo.

En la segunda epidemia de viruela, podemos observar un nuevo modelo de investigaciones de Laboratorio⁶¹⁵. En la primera página, además de los datos de filiación del paciente, existía una cuadrícula para los esputos, que se dividía en: fecha, técnica, fibras elásticas, bacilos de Koch, flora asociada, inoculación. La segunda cuadrícula era para anotar reacciones a la tuberculina y otras determinaciones serológicas. Existía también un apartado para otras investigaciones de Laboratorio.

⁶¹² CHCHR. Historia Clínica nº 694 (19-1-26)

⁶¹³ En la analítica de orina, se incluye la densidad (1023), el color (ambarino), aspecto (turbio), reacción (ácida), depósito macroscópico (abundante), urea (2369), cloruros (1,95), ácido úrico (0,29), así como la presencia de albúmina, glucosa, acetona, pigmentos biliares, sales biliares, urobilina.

CHCHR. Historia Clínica nº 694 (19-1-26)

⁶¹⁴ Se extrajo sangre con la medición de urea y la velocidad de sedimentación, que fueron aumentando conforme se agravó el cuadro, los días 5, 8, 10, 12 y 13. También se realizó estudio de la orina en tres ocasiones. A todo esto se añadió la prueba de Wassermann, que fue negativa. (A su ingreso, el paciente había reconocido varias enfermedades venéreas: un bubón, una orquitis, etc.).

CHCHR. Historia Clínica nº 733 (9-2-26)

⁶¹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 19.169 (18-VII-38)

En la segunda cara había una cuadrícula para la orina con los siguientes apartados: fecha, urea, cloruros, fosfatos, albúmina, glucosa, acetona, reacción de Moritz, diazoreacción, y sedimento. Debajo de esta cuadrícula, existían unas líneas para observaciones en las que se solía anotar la densidad de la orina. La última cuadrícula era la destinada para el examen hematológico, con los siguientes apartados: fecha, leucocitos por milímetro cúbico, hematíes por milímetro cúbico, hemoglobina por 100, granulocitos neutrófilos, granulocitos eosinófilos, linfocitos por 100 y monocitos por 100.

En definitiva, era un modelo de Laboratorio mucho más simplificado que el inicial, evitando los nombres propios de determinados tipos de células, que no eran nada prácticos. Se omitía el esquema de Arneth, y se introducía el importante análisis de los esputos y las reacciones tuberculínicas. También se incluía la analítica de orina en el mismo impreso, evitando duplicaciones innecesarias (figura 23, 24).

Enfermo	Historia núm.	Piso	Cama núm.
---------	---------------	------	-----------

ESPUTOS

Ernesto Giménez, Huertas, 16 y 18.—Madrid.

[illegible]

Observaciones:

[illegible]

OTRAS INVESTIGACIONES DE LABORATORIO

ORINA

[illegible]

OBSERVACIONES

Unidad 1020

SANGRE

[illegible]

OBSERVACIONES

Fig. 23, 24. Modelo de investigaciones de Laboratorio correspondiente a 1938.

Existía también un modelo alternativo para la analítica en esa época: en la primera cara aparecían los resultados de la orina y el examen sanguíneo⁶¹⁶. En la segunda cara se hacía referencia a los hemocultivos, haciendo constar en la cuadrícula correspondiente la técnica empleada y el resultado. En el espacio inferior de la segunda cara, existía un espacio reservado para el serodiagnóstico y otras investigaciones de laboratorio.

Aunque en los enfermos de viruela es poco frecuente la solicitud de estudios de Gram, a veces se solicitaba: "paciente con membranas blanquecinas en el velo del paladar. Se hace frotis que se remite al Laboratorio para su estudio"⁶¹⁷. El resultado de Laboratorio es el siguiente: "examen directo de exudado faríngeo previa coloración por el método de Gram, observándose flora piógena y bacilos sospechosos Gram positivos"⁶¹⁸.

En este mismo momento, en el año 1.939, podemos observar una mayor precisión y simplificación a la hora de exponer el resultado de los exámenes sanguíneos. Habitualmente se anotaba la fórmula leucocitaria, haciéndose tan solo, algunas observaciones como la de nuestro paciente: "de los 70 neutrófilos observados, 58 son segmentados y 12 con núcleo en bastón"⁶¹⁹. O como sigue: "Los 57 neutrófilos se clasifican de la siguiente forma, mielocitos, 1; juveniles, 0; núcleo en bastón, 15; segmentados, 41"⁶²⁰. Se abandona, por falta de exceso de complicación, el complejo esquema del análisis de sangre usado en los primeros años.

El mismo comentario de simplificación y claridad se puede hacer del impreso de orina⁶²¹ correspondiente a esos años⁶²².

En definitiva, y tomando como ejemplo una enfermedad como la viruela, podemos hablar de una evolución clara en los impresos de laboratorio usados por el Hospital del Rey. Dado que estamos en una Institución que concede un gran valor a los datos de laboratorio, se parte desde un principio de unos impresos muy ambiciosos, con excesivos datos, y poco prácticos en la clínica del día a día. Se observa, con el paso de los años, la introducción de impresos mucho más simplificados, pero que contienen la información suficiente requerida para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Es decir, se parte de una actitud un tanto idealista, con unos impresos excesivamente detallados, y con los años, gana fuerza el enfoque simplista, y por lo tanto más pragmático.

⁶¹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 20.618 (27-IV-39)

⁶¹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶¹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶¹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶²⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 21.204 (18-VII-39)

⁶²¹ "leucocitos en regular cantidad; cilindros hialinos y bacterias".

CHCHR. Historia Clínica nº 21.103 (18-VII-39)

⁶²² "Ácido úrico en escasa cantidad".

CHCHR. Historia Clínica nº 21.121 (21-VII-39)

2.3.2.6 La terapéutica de la viruela.

La práctica clínica de la época.

Para acabar este capítulo dedicado a la infección por viruela, dedicamos unos párrafos para saber cuáles eran las líneas de conducta diagnóstica y terapéutica científicamente aceptadas en la época a la que nos hemos referido en nuestro estudio del Hospital del Rey. Para ello nos hemos basado en un Manual de Medicina interna publicado en 1920 bajo la dirección del Doctor Marañón⁶²³.

Para realizar el diagnóstico, antes del comienzo de la típica erupción, sirve como orientación el comienzo brusco, la raquialgia y la cefalagia y los vómitos. Al principio de la erupción facilitan el diagnóstico la aparición del rash predominantemente localizado en el triángulo crural de Simón y el brote papuloso iniciado por la cara, con enantema precoz. A juicio de Marañón, el diagnóstico diferencial más difícil es con el sarampión, pues en pacientes adultos y en países como España, acostumbra a ser papuloso fingiendo fielmente la población variolosa. Hablan a favor de la viruela los vómitos y la raquialgia y la falta de las manchas de Koplik. También es importante el diagnóstico diferencial con la varicela y la sífilis valioliforme.

En una enfermedad como la viruela, ante la que no se disponía de ningún tipo de tratamiento, la importancia de la vacunación era a todas vistas algo obvio entre los facultativos de la época. La mayor parte de los autores daban 10 años como término medio durante el cual permanecía la inmunidad conferida por la vacuna. En general el niño es más receptible que el anciano. La vacunación produce su propia clínica donde tras una reacción rojiza en el sitio de inoculación, aparece una papula que rápidamente se vesicula, formándose por último una costra de color negruzco, que al caerse deja una cicatriz blancuzca. Existen también síntomas sistémicos como el prurito, malestar general y fiebre de 37.5-38°C que dura un par de días y desciende en tres o cuatro más por lisis.

La vacuna se aplica sobre tres incisiones superficiales verticales y horizontales (formando una parrilla) realizadas en la cara externa del brazo. La importancia de la vacunación la resume Marañón sentenciando que nunca hay razón de ningún género

⁶²³ HERNANDO, T., MARAÑÓN, G., et al., *Manual de Medicina interna. Tomo III. Enfermedades de las glándulas de secreción interna de la sangre, de la nutrición, infecciosas y parasitarias; avitaminosis, cáncer.* Madrid: Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

suficiente para no vacunar a un ser humano cuando vive en una región infectada, endémica o epidémicamente. Y termina diciendo que la creencia vulgar en ciertos países de que no se debe vacunar en tiempo de epidemia es absurda. Estaba bien demostrado que la vacuna, inoculada después de iniciada la evolución de la viruela no modifica para nada su curso. Sin embargo, sí se empleaba suero humano de convaleciente en pacientes variolosos. En cuanto a los resultados de la vacunación, Marañón no tiene dudas: los países como Prusia que aplicaron con orden y disciplina su uso, el índice de afectados por viruela bajo radicalmente. El caso español desgraciadamente era distinto en los años a los que nos referimos: la morbimortalidad en España eran todavía extraordinarias. Las causas, en palabras de Marañón, eran debidas a los defectos de la ley vigente (1903) que sólo exigía la vacunación en tiempos de epidemia; la ignorancia y la impunidad del pueblo que se resistía a ser vacunado; y por último, la preocupante ineficacia de ciertas vacunas empleadas en nuestro país. Marañón concluye diciendo que era pues urgente la vacunación obligatoria al año, a los diez años y a los veinte; y discrecionalmente, pasada esta edad.

En cuanto al tratamiento del enfermo varioloso, lógicamente se ponía un gran empeño en el aislamiento dentro del hospital de estos enfermos, intentando evitar la diseminación intrahospitalaria. Incluso se aconsejaba también el aislamiento del personal de enfermería, responsable en ocasiones de este contagio cruzado entre salas. La alimentación (con líquidos en pacientes que sufrían intensos enantemas), la aireación de las salas y la limpieza de las ropas personales y de cama ocupaban un capítulo importante en la terapéutica de esta entidad morbosa.

Como remedios farmacológicos causales, se emplearon múltiples remedios muchos de ellos sin clara eficacia: quinina, ácido salicílico, cocaína, sulfuro de calcio, ácido fénico, fluoruro de plata, xylol y el tratamiento etero-opiáceo (inyección de éter y administración de opio). También se empleaban diversos remedios quimioterápicos: salvarsán, la tintura de iodo, la urotropina y el oro coloidal (colobiasa).

Para los síntomas provocados por la viruela, se contaba con un repertorio muy común al empleado en otras entidades infecciosas: para la cefalalgia leve se empleaba aspirina y bromuro; el pantopon o la morfina se reservaban para los casos de mayor intensidad. Para la postración y la debilidad de pulso se empleaban: adrenalina, digital e inyecciones de aceite alcanforado. En la viruela hemorrágica se empleaba el cloruro de calcio a grandes dosis.

La deformidad indeleble que dejaba la viruela hizo que se practicasen múltiples métodos que evitasen la desfiguración que finalmente padecían muchos pacientes.

Ante un enfermo con escasas pústulas se recomendaba su apertura cuidadosa apenas iniciada la supuración con una tijera fina y su lavado con un algodón empapado en agua oxigenada. Como remedios químicos algunos autores propugnaban el uso de una mezcla de colodión y negro de humo; de yodoformo y colodión o de permanganato potásico con la que cubrían la cara del enfermo. Otros autores empleaban toques de tintura de iodo en los elementos eruptivos, o bien, ictiol, lanolina y aceite de almendras.

Por último, algunos facultativos empleaban la oscuridad como medio terapéutico al comprobar que las pustulas dejaban una cicatriz más acusada en las zonas de exposición solar. Sin embargo, esta medida fue seguida con poco entusiasmo por los médicos de la época a la que nos referimos.

La práctica clínica en el Hospital del Rey.

Los tratamientos generalmente se apuntaban directamente sobre los comentarios clínicos del día a día. Se hacía hincapié sobre tres aspectos: el reposo en cama, el régimen alimenticio, y el tratamiento farmacológico propiamente dicho. Procuraremos describir brevemente en orden cronológico los remedios terapéuticos empleados. No se pretende de este modo obtener unas conclusiones sobre el tratamiento de la viruela en la España de la época. Tan solo se va a describir los datos más significativos hallados en las historias clínicas consultadas mediante el método de cala.

Generalmente, en los enfermos de la primera época⁶²⁴, los tratamientos eran muy sencillos: así podemos leer un paciente la prescripción de limonada con lactosa, Xilol en una cantidad de cincuenta gotas al día (dicha cantidad variaba, y en otros pacientes podemos ver anotada la cifra de cien gotas), empleado de forma tópica. O simplemente, "tratamiento: leche"⁶²⁵. En este mismo enfermo se presenta un cuadro obstinado de estreñimiento ante lo cual se decide hacer lavado rectal.

En otro enfermo⁶²⁶, se anota en su diario clínico la extracción de pus de las pústulas. Esto a veces⁶²⁷, se complementaba con la aplicación del Cloro sobre dichas lesiones.

Durante el año siguiente, es decir en 1.926, se comenzaron a usar las Perlas de Éter (orina), en forma de aplicación local sobre las lesiones cutáneas. También se empiezan a realizar estudios

⁶²⁴ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 9-IV-25

⁶²⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 694 (19-I-26)

⁶²⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 171 (9-IV-25)

⁶²⁷ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 9-IV-25

de investigación: "Con el líquido recogido el día quince se inoculó un conejo por vía cerebral y testicular. Esta experiencia se realizó dos veces"⁶²⁸.

A veces, el tratamiento sufría una gradación dependiendo de la gravedad del curso de la enfermedad. Es decir se intenta modificar las dosis y el número de productos farmacológicos empleados, según la respuesta obtenida:

"Tratamiento: leche, treinta gotas al día de la siguiente fórmula: Yoduro Potásico dos gramos, Yodo cuatro gramos, y agua diez mililitros.

Día 7: Continúa sin vesicular la erupción: Éter.

Día 8: En cara vesiculación franca con transformación pustulosa: Xilol.

El día 13: la impresión de conjunto es de gravedad acentuada. A las nueve y media de la noche 200 centímetros cúbicos de suero glucosado, Éter en inyección intramuscular. El pronóstico es pesimista"⁶²⁹.

Si la afectación por la enfermedad producía una conjuntivitis, junto con un enantema (afectación principalmente de la mucosa bucal), se ponía especial insistencia en el tratamiento con irrigaciones con mucha limpieza de boca y ojos.

En otras ocasiones, parece que el tratamiento se indicaba cuando el proceso tenía una presentación atípica o que se salía de la normalidad:

"casi todos los elementos están umbilicados y en comienzo de supuración. Ésta no es franca y no coincide con un aumento de la temperatura, dando por tanto una sensación de retardo que ya se observó desde un principio en su hermanito. El tratamiento a partir del día de hoy será el que sigue: una ampolla de Careoran, seis gotas de Xilol en dos veces, y un centímetro cúbico de Aceite Alcanforado"⁶³⁰.

Pasados unos días, en este mismo paciente: "se suspende todo tratamiento, dejando algunas fricciones en todo el cuerpo con Alcohol de Romero"⁶³¹.

En los años de la segunda epidemia de viruela, se observan algunos cambios terapéuticos: "las vesículas dominan ya todo el cuadro. Buen estado general. Pincelaciones con Permanganato

⁶²⁸ CHCHR. Historia Clínica correspondiente al ingreso del 12-I-26

⁶²⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 733 (9-II-26)

⁶³⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 2369 (12-XII-27)

⁶³¹ CHCHR. Historia Clínica nº 2369 (12-XII-27)

al cuatro por cien"⁶³². Un poco más adelante, en la misma historia: "confluencia de las vesículas que se hacen pustulosas. Continuar con las pincelaciones y comenzar con Prontosil, seis tabletas al día"⁶³³.

Una de las enfermas consultadas, presentaba dolores articulares desde la infancia que habían cedido a Athofan. En su historia leemos: "Tras su ingreso por viruela, la paciente presenta dolores articulares de preferencia en el hombro izquierdo, pautando Salicilato Sódico intravenoso"⁶³⁴. Posteriormente, se pasa a Salicilato de Metilo oral. Asimismo, en la evolución se apunta: "existe dolor a la presión y exploración en el punto cístico y en fosa iliaca derecha, prescribiendo Drenol, una cucharadita en ayunas, y un régimen de purés, verduras y frutas"⁶³⁵.

Para las molestias ocasionadas por un intenso enantema: "solución de Cocaína en gargarismos". Desde los primeros años de funcionamiento del Hospital, se aprovecha para realizar estudios con animales: "se hace un raspado de sus vesículas para inoculación de cobaya". Probablemente, de este tipo de experimentos se sacarían conclusiones para poder aplicar en la terapéutica de los pacientes.

En la posguerra, lógicamente, se hacía hincapié en los regímenes con abundancia de frutas y verduras, para los pacientes que durante la Guerra hubieran tenido carencia de las mismas. No obstante, el régimen más frecuente era el ordinario y el de convaleciente⁶³⁶. En la posguerra, continúa utilizándose el Alcanfor, las pincelaciones o toques con permanganato y los baños de limpieza. En los pacientes con intensa conjuntivitis, se prescribe: "lavado de ojos con solución de Argirol al dos por ciento"⁶³⁷. Para los pacientes con intensa faringitis: "Pincelaciones y toques en faringe"⁶³⁸.

Las pequeñas complicaciones también recibían su atención y tratamiento: "en dedo anular de la mano izquierda se observa un panadizo ungueal que se tratará con vaselina y fomentos en el dedo"⁶³⁹. En los días posteriores, "el panadizo se incide. La uña se encuentra desprendida en parte por lo que se procede a su extirpación". En esta época comienzan a utilizarse las pastas cloradas que se aplicaban sobre la cara.

Una de las pacientes atendidas en 1.939 tuvo manifestaciones abdominales dentro de su cuadro varioloso: "la paciente presenta fiebre de 40° C en el día de ayer. Existe también un

⁶³² CHCHR. Historia Clínica nº 19.169 (18-VII-38)

⁶³³ CHCHR. Historia Clínica nº 19.169 (18-VII-38)

⁶³⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 20.529 (3-IV-39)

⁶³⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 20.529 (3-IV-39)

⁶³⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 20.562 (13-IV-39)

⁶³⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 20.586 (21-IV-39)

⁶³⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 20.966 (4-VII-39)

⁶³⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 20.948 (2-VII-39)

intenso dolor en la zona apendicular. No hay resistencia en la pared abdominal. Como tratamiento, se instaura bolsa de hielo sobre el vientre"⁶⁴⁰.

En los días posteriores, se detallan todas las medidas terapéuticas empleadas:

"Nuevamente dolor de vientre localizado en el colon transversal. Zona apendicular sin dolor ni resistencia muscular. El vientre es blando y el dolor se acentúa a la palpación. Régimen: evolución. Dos comprimidos de Extracto Tebaico al día. Continúa como ayer. Bolsa de agua caliente en vientre, Bismuto, y Extracto Tebaico. Régimen: zumo de naranja. Continúa con Fiebre intensa y se han presentado dos o tres vómitos. Vientre no timpanizado. Tratamiento: Prontosil una ampolla, Alcanfor, dos ampollas. Ligera mejoría. Vientre blando. No dolor. Tratamiento: dos ampollas de Aceite Alcanforado, se suprime el Bismuto, y el Opio. Régimen: mucilaginoso"⁶⁴¹.

Aquí se puede comprobar que los médicos a pesar de tener escasos, por no decir ningún tratamiento etiológico, sí que tenían un amplio espectro de medicamentos para calmar los síntomas, los cuales iban variando que según fuese la situación del paciente.

Así podemos ver anotado en otro paciente la siguiente anotación en el diario clínico:

"Buen estado general, no aqueja molestias, la piel está libre de elementos eruptivos, aunque hay algunas pequeñas pústulas que están evolucionando en el sentido de Piodermitis. Presencia de un absceso en la pierna derecha que se abre espontáneamente. Se comienza a inyectar vacuna estafilocócica y estreptocócica para evitar abscesos"⁶⁴². Estas vacunaciones se realizaron durante cuatro días.

En otra enferma, de 30 años, se describe las medidas adoptadas ante la existencia de una intensa afectación de mucosas:

⁶⁴⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 20.961 (3-VII-39)

⁶⁴¹ CHCHR. Historia Clínica nº 20.961 (3-VII-39)

⁶⁴² CHCHR. Historia Clínica nº 20.965 (4-VII-39)

"Intensísimo enantema que cubre úvula, pilares del velo, faringe y cielo de boca. Se acompaña de intensa disfagia. Tratamiento: hielo en la boca a pedacitos y toques. Un día más tarde, persiste el enantema y la disfagia así como el edema palpebral y la conjuntivitis. Tratamiento: Prontosil 10 centímetros cúbicos al día, Pincelaciones y toques. A pesar de ello, persiste la disfagia. Se notan membranas blanquecinas extendidas por el velo del paladar, faringe y amígdalas. Se hacen frotis, remitiéndose al Laboratorio. El resultado del Laboratorio es el siguiente: Examen directo de exudado faríngeo previa coloración por el método de Gram, observación de flora piógena y bacilos sospechosos Gram positivos. Tratamiento: 10.000 unidades antidiiftéricas"⁶⁴³.

La sospecha de Difteria en esta paciente, hace que se traslade desde la barraca número 4 hasta el Pabellón I, para cumplir aislamiento desde el día 28 de Julio hasta el 7 de Agosto. Posteriormente, "el cuadro se complica con tres úlceras profundas del tamaño de un duro en la pierna derecha, rodeadas de una zona edematosa. Tratamiento: limpieza y compresas de alcohol en las úlceras, pasando posteriormente a la aplicación de Vaselina Ictiolada"⁶⁴⁴. En los días posteriores: "las úlceras continúan cicatrizando, continuar con la pasta yodura, óxido de Zinc"⁶⁴⁵.

Si en el proceso varioloso se presentaba tos, también se intentaba actuar sobre esos síntomas no directamente relacionados con la viruela: "roncus y sibilancias en el plano posterior de ambos pulmones, que se acompañan de tos intensa. Tratamiento: Pincelaciones de permanganato, jarabe de Benzoato sódico y Codeína"⁶⁴⁶. Cuando este enfermo mejora en el apartado de tratamiento se anota: "se autoriza a levantarse"⁶⁴⁷. Esto pone de manifiesto que el reposo en cama era considerado como un tratamiento más a tener en cuenta dentro del repertorio terapéutico de la época.

En otro ejemplo, el paciente tuvo un proceso bronquítico pautándose tratamiento con "Benzoato sosa, Codeína y Bronquiotoril"⁶⁴⁸. Más tarde, este mismo enfermo presentó "un absceso en la flexura de brazo izquierdo y otro en el hueso poplíteo izquierdo, que son sometidos a su incisión"⁶⁴⁹.

Y como último ejemplo del amplio repertorio terapéutico utilizado, en una de las enfermas: "Aparecen vesículas distribuidas por todo el cuerpo, de contenido turbio, y además edema manifiesto en cuerpo. Persiste fiebre elevada, hallándose un poco agitada. Se prescribe:

⁶⁴³ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶⁴⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶⁴⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 21.100 (18-VII-39)

⁶⁴⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 21.974 (8-X-39)

⁶⁴⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 21.974 (8-X-39)

⁶⁴⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 21.952 (6-X-39)

⁶⁴⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 21.952 (6-X-39)

Eubasina, dos veces al día; Piramidón, dos veces al día”⁶⁵⁰. En los días siguientes, la fiebre fue descendiendo paulatinamente.

Por lo tanto, en una enfermedad donde predominan las manifestaciones cutáneas como la viruela, es lógico encontrar con mayor profusión remedios de aplicación tópica. Éstos aumentan en cantidad y calidad conforme pasan los años. No obstante, también existen medicaciones aplicadas por vía oral o intramuscular.

Como observaremos en otras enfermedades infecciosas, los tratamientos empleados varían de un médico a otro, respondiendo esto probablemente a preferencias personales. No es difícil imaginar que los médicos que trabajaron en la primera etapa en el Hospital del Rey tenían una formación muy variada, lo que implica que tendrían que pasar años para lograr crear una mayor homogeneidad terapéutica dentro del Hospital.

En resumen, podemos decir que la viruela es una de las primeras epidemias atendidas por el joven equipo de médicos del recién inaugurado Hospital del Rey. Por eso, quizás, se dejen ver detalles de inexperiencia a través de las historias consultadas. Además, el hecho de que pasadas varias décadas se vuelva a dar una nueva epidemia de viruela, hace que la comparación de la atención médica proporcionada en ambas epidemias sea inevitable. Sin embargo, a pesar de su inexperiencia clínica en grandes epidemias, este grupo de médicos y enfermeras compensan sobradamente, con una dedicación clínica admirable, que en muchos casos supera con creces lo lógicamente esperable.

A la vista de estas pautas de conducta diagnósticas y terapéuticas consideradas como científicamente aceptables durante la época que corresponde al estudio del Hospital del Rey, podemos concluir que los profesionales de dicha Institución no solo se adecuaron correctamente al pensamiento científico de aquellos años, sino que en muchos casos se adelantaron innovando conceptos en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas.

⁶⁵⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 29.116 (1-IV-42)

2.3.3 TUBERCULOSIS

2.3.3.1 Introducción.

La tuberculosis una de las enfermedades, más antiguas que se conoce, es causada por el agente *Mycobacterium tuberculosis Complex*⁶⁵¹.

Se trata de una enfermedad crónica, que suele durar meses o años, pero existen formas agudas, más frecuentemente entre niños y jóvenes, que pueden ser mortales en el curso de semanas o días.

La transmisión de la enfermedad se produce a través de la emisión de micropartículas producidas por los enfermos tuberculosos (siempre que sean bacilíferos) al hablar, toser, estornudar, etc. Basta un solo bacilo para transmitir la enfermedad. Después de entrar en el cuerpo humano, el bacilo puede permanecer viable durante toda la vida del huésped, esperando el momento en el que la inmunidad disminuya o falle para extender la enfermedad⁶⁵².

El hacinamiento de las familias en viviendas con una sola habitación, así como la malnutrición son factores que influyen en la transmisión y el desarrollo de esta enfermedad⁶⁵³. El síntoma más frecuente de la tuberculosis es la producción de una frecuente y violenta tos que generalmente se sigue de una expectoración hemoptoica, es decir, con restos hemáticos. Desde el punto de vista patológico, lo más característico de la tuberculosis es la presencia de tubérculos caseosos pulmonares (con una apariencia macroscópica de queso cremoso). Estos tubérculos acaban vaciándose a través de la expectoración para producir finalmente las famosas cavidades o cavernas pulmonares. En dichas cavernas los vasos sanguíneos quedan expuestos, siendo el origen de la hemoptisis o sangrado pulmonar masivo.

La historia de la tuberculosis se remonta a la época de las momias egipcias correspondientes al tercer milenio a.C. En dichas momias, se han descritos signos de tuberculosis vertebral⁶⁵⁴. Desde entonces, la tuberculosis ha acompañado al ser humano allí

⁶⁵¹ Braunwald, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1073, 2.001.

⁶⁵² KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1060, 1.993.

⁶⁵³ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1062, 1.993.

⁶⁵⁴ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1062, 1.993.

donde éste ha estado presente. Los escritos de Hipócrates del año 400 a.C. establecieron el término de tisis para denominar esta enfermedad, aludiendo a la típica caquexia o desnutrición extrema del enfermo tuberculoso.

La mortalidad por tuberculosis tuvo su cenit entre finales del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX. Muchas de las autopsias realizadas en aquellos años demostraron que prácticamente el 100% de la población urbana de ciudades tan famosas como Londres o París había desarrollado en algún punto de su vida la enfermedad⁶⁵⁵.

Desde entonces, a pesar de tener una prolongada tendencia descendente, esta enfermedad fue la principal causa específica de mortalidad⁶⁵⁶ en todos los países industrializados hasta que fue superada por las afecciones cardiológicas y el cáncer en los años cincuenta de nuestro siglo⁶⁵⁷.

A pesar de ello, la tuberculosis no fue motivo de atención especial hasta las últimas décadas del siglo pasado cuando estudios estadísticos demostraron que esta enfermedad por sí sola y de una forma silenciosa estaba produciendo más muertos que las explosivas enfermedades epidémicas. La tuberculosis mató a millones de personas, teniendo un lugar destacado a pesar de su cronicidad entre las grandes epidemias globales causadas por la plaga bubónica, el cólera, el sarampión, la viruela, el Tifus, etcétera.

Durante el siglo XIX, los tratamientos utilizados contra la tuberculosis fueron muy variados incluyendo el Creosato, Soluciones de Ácido Carbólico, Sales de Oro, Yodo, Arsénico y Aceite de Mentol⁶⁵⁸. En cuanto a las prácticas quirúrgicas utilizadas desde finales de siglo XIX, se incluyen el Neumotórax (mediante el que se intentaba el colapso de las cavidades pulmonares) y la extirpación de costillas (para reducir la capacidad o volumen pulmonar).

Durante la mitad del siglo XIX, se preconizó el uso del reposo como base del tratamiento del enfermo tuberculoso. Esta forma de terapia evolucionó y culminó en el régimen sanatorial, proliferando las clínicas para enfermos tuberculosos en todos los países europeos. Sin embargo, no faltan los autores que defienden la nula o escasa eficacia

⁶⁵⁵ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1063, 1.993.

⁶⁵⁶ MOLERO MESA, Jorge, Los Sanatorios para Tuberculosos, en: Historia de los Hospitales. Hospitales peculiares (Coleccionable nº 23). *El médico nº 501*. Madrid: Pág. 325-334. Octubre, 1.993.

⁶⁵⁷ MOLERO MESA, Jorge, La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX, en: ATENZA, J, MARTÍNEZ, J, coord., *Es centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Albacete: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Pág. 131-149, 2001.

⁶⁵⁸ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1065, 1.993.

de estos sanatorios en el curso de la enfermedad⁶⁵⁹. Sí se puede en su defensa que estas clínicas constituyeron lugares dignos para los enfermos tuberculosos, donde recibían una adecuada atención médica, y se sentían abrigados del rechazo y estigma que la sociedad de aquella época expresó en muchas ocasiones.

En 1.882, se produce el descubrimiento del Bacilo tuberculoso por parte de Koch, lo cual no influyó en el régimen terapéutico, pero sí incorporó aspectos procedentes de la teoría microbiana que intentaba romper la cadena epidemiológica del microorganismo.

En 1.908, Austria tenía una tasa de mortalidad por tuberculosis de 304 por 100.000 habitantes, situándose por encima de Francia (226); Noruega (244); o España (185), Alemania (178) o Inglaterra (159). Además el 80 por ciento de los casos recaía en obreros, con edades comprendidas entre los 15 y los 35 años⁶⁶⁰, lo que suponía una merma constante de riqueza se relacionaba con una alimentación insuficiente, largas jornadas de trabajo y viviendas insalubres⁶⁶¹.

2.3.3.2 La tuberculosis en España y en el Hospital del Rey.

En cuanto a la tuberculosis, aunque las cifras oficiales son menores, probablemente, la mortalidad a principios de siglo en España era de 75.000 por año⁶⁶². En el segundo decenio desciende algo, con 35.000 defunciones por año. La asistencia en Madrid era deplorable, con veinte camas en el Hospital General, y doscientas dispersas en otras Instituciones, donde los enfermos eran mezclados con otras patologías no infecciosas⁶⁶³.

El Rey y la Familia Real toman conciencia de las dimensiones del problema tuberculoso, y respaldan la lucha antituberculosa⁶⁶⁴. Con posterioridad, el Real Decreto de

⁶⁵⁹ KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1066, 1.993.

⁶⁶⁰ MOLERO MESA, Jorge, Los Sanatorios para Tuberculosos, en: Historia de los Hospitales. Hospitales peculiares (Coleccionable nº 23). *El médico nº 501*. Madrid: Pág. 325-334. Octubre, 1.993.

⁶⁶¹ MOLERO MESA, Jorge, La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX, en: ATENZA, J, MARTÍNEZ, J, coord., *Es centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Albacete: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Pág. 131-149, 2001.

⁶⁶² RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 97, 1.969.

⁶⁶³ Se crea la Escuela de Tisiología en 1.919, por Verdes Montenegro para formar a los Tisiólogos o especialistas del pecho. El microbiólogo catalán Ferrán, realiza las primeras vacunaciones en dos pueblos levantinos.

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 258, 1.969.

⁶⁶⁴ En Madrid, se inicia la actividad asistencial con la construcción de Dispensarios ya comentados más arriba: Victoria Eugenia, María Cristina, Príncipe Alfonso (1.905), Valdelatas (1.915), Húmera (1.916); en 1.917 se terminan las obras del Sanatorio privado de Tratamiento y Hospitalización de Guadarrama; y en 1.921, el Sanatorio privado de la Fuenfría. Casi al mismo tiempo se adaptan Oza y Pedrosa en Santander como instituciones antituberculosas para la atención de niños en fase inicial de contagio y pretuberculosis.

1.924 crea el Real Patronato Antituberculoso que preside la Reina Victoria Eugenia, asesorada por una Sección Técnica⁶⁶⁵.

Es por estos motivos de evidente carencia por lo que contra la llamada peste blanca se llevó a cabo un gran esfuerzo presupuestario para la construcción masiva de los citados sanatorios antituberculosos, y en concreto en España constituyó una de las razones de peso para que los políticos de la época empezaran la construcción del Hospital del Rey.

Con el dinero recaudado en la primera fiesta del "Día de la tuberculosis" en Madrid, en 1.913, la Liga Popular contra la tuberculosis creó el Sanatorio de Humera (Madrid), segundo sanatorio popular en España. El primer sanatorio creado en 1.899 por Francisco Moliner y Nicolás y la Liga Nacional contra la tuberculosis y de socorro a los tísicos pobres en Porta Coeli (Valencia), tuvo que cerrar por falta de fondos en 1.902.

El Sanatorio junto al Dispensario antituberculosos y el Hospital formaban la llamada Unidad antituberculosa una vez localizado el enfermo era clasificado según las características de sus lesiones. Si estas eran incipientes el enfermo era enviado a un sanatorio donde tenía probabilidades de curar. Por el contrario, si sus lesiones se consideraban incurables se le internaba en hospitales especiales o pabellones anejas a los hospitales generales (enfermerías), con la finalidad primordial de aislar de la sociedad el foco de la infección. Los niños con tuberculosis óseas o ganglionares eran ingresados en los llamados sanatorios marítimos, ya que el clima de la playa se consideraba beneficioso para esas lesiones.

El descenso de la mortalidad por tuberculosis se produjo con la aparición en 1.944 de la Estreptomicina, que demostró su efectividad contra la enfermedad; Más tarde, se descubrieron otros dos antibióticos que cambiaron el panorama de la terapéutica de la tuberculosis: el Acido Para-aminosalicílico (PAS), en 1.946, y la Isoniacida en 1.952. Usados en combinación con la Estreptomicina, demostraron una gran eficacia contra la tuberculosis⁶⁶⁶.

La importancia y gravedad de una enfermedad como la tuberculosis se ve ya reflejada desde los inicios del Hospital del Rey. Desde los proyectos iniciales de construcción de los pabellones del Hospital, se tiene en cuenta la prevalencia de esta afección:

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 262, 1.969.

⁶⁶⁵ También se crea la asociación española de Tisiología. Es de esta época el comunicado de Calmette a la Academia de Medicina de París sobre la vacunación con el Bacilo de Calmette y Guérin

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 371, 1.969.

“No se tardó en comprender que uno de los males fundamentales de que adolecía España en aquella época era la tuberculosis, y que esta enfermedad necesitaba tanta o más atención que el resto de las enfermedades infecciosas. Para tratar de atenuarlo se erigió un pabellón suplementario junto a los proyectados para las enfermedades infecciosas”⁶⁶⁷.

Es decir, ya antes de la inauguración del Hospital se preveía que la afluencia de enfermos con tuberculosis iba a ser masiva. No obstante, la atención en el Hospital del Rey de la tuberculosis no fue fácil ya desde el inicio del Hospital, pues el problema de la tuberculosis era de interés nacional y las asociaciones interesadas en esta enfermedad eran numerosas. La creación de un pabellón totalmente dedicado a la tuberculosis atrajo la atención y el interés de muchas personas e instituciones. Muchos vieron la oportunidad de obtener un merecido reconocimiento a los años que llevaban luchando en el campo de la tuberculosis. Todo esto enrareció el ambiente que rodeó la construcción del futuro pabellón para tuberculosos del Hospital del Rey. Los intereses políticos, las influencias y las recomendaciones se impusieron a los criterios estrictamente médicos y científicos. Al final, el resultado fue que a los médicos del Hospital del Rey se les escapó de las manos el pabellón en construcción, que pasó a depender de la Lucha contra la tuberculosis. Desgraciadamente, se tuvo que llegar a crear un hospital dentro del recinto del Hospital del Rey con funcionamiento y gobierno totalmente independientes⁶⁶⁸.

En sustitución del inmenso sanatorio, el Hospital del Rey no tuvo más remedio que destinar el pabellón Tercero para los enfermos de tuberculosis. Se logró acondicionar "con

⁶⁶⁶ KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1059, 1.993.

⁶⁶⁷ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 20, 1.975.

⁶⁶⁸ “Se terminaban por aquel entonces –1.925– las obras del Pabellón para tuberculosos, que se construía dentro del Hospital como un Pabellón más. La atención nacional de los tuberculosos estaba encomendada a una organización particular integrada por una Junta de Damas, que presididas por su Majestad la Reina, formaban lo que se denominaba Lucha contra la Tuberculosis. El hecho de que el Estado levantara el primer sanatorio con todas las instalaciones pensadas a tal fin era natural que despertara la apetencia de quienes estaban con el afán de realizar una obra, sin poder alcanzarla por falta de medios, y pusieran en marcha todos los resortes para conseguir que aquel sanatorio magnífico no fuera del Hospital del Rey, sino que, aun estando dentro del mismo recinto quedara adscrito a la antigua lucha contra la Tuberculosis. Los miembros de esta asociación llegaron a apelar a la Reina, y la Reina al Ministro de Gobernación, y éste pasó la petición al Director General de Sanidad, Don Francisco Murillo, el cual se puso en contacto con la Dirección Médica del hospital del Rey para explicar que el Pabellón pasaba a ser propiedad de la Lucha contra la Tuberculosis”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 29-30, 1.975.

la ayuda de un donativo de una señora por la cantidad de veinte mil duros, y el resto aportado por la financiación de Sanidad”⁶⁶⁹. Como ya hemos comentado en otros capítulos, la tuberculosis era una de las enfermedades más frecuentemente asistidas en el Hospital del Rey, junto con la fiebre tifoidea, la neumonía y la bronconeumonía.

Así pues, a mediados de 1.926, “se inauguró el pabellón que al pasar al Patronato se llamó Enfermería para tuberculosos Victoria Eugenia, y cuyo primer Director fue Don José Palacios Olmedo”⁶⁷⁰. La Enfermería Victoria Eugenia perteneció a la lucha antituberculosa hasta la llegada de la República, en la que no solo cambió de nombre, si no que todos sus puestos fueron cubiertos por oposición. No obstante, siempre permaneció como institución independiente del Hospital, a pesar de los pocos metros que les separaban. Sólo llegaron a compartir sus aparatos de Rayos en casos de averías, pero poco más.

De este modo, a mediados del año 1.928, estuvo todo a punto para la inauguración del pabellón III, que sustituía a la Enfermería en la organización del Hospital y en el complemento de la asistencia de las enfermedades infecciosas, ya que la tuberculosis era una de las que más camas exigían.

El número de enfermos de tuberculosis era muy prevalente entre la población joven. No era infrecuente entre los jóvenes y muchachas que situados en una familia sana constituían un auténtico peligro para los niños con los que convivían a diario⁶⁷¹. El remedio para este mal consistía en hospitalizar a todos los enfermos de tuberculosis abiertos para evitar al máximo los contagios.

El número de casos era tan grande que superaba con creces el número de camas. Así pues, desde la entrada en funcionamiento del pabellón III del Hospital siempre estuvo lleno de enfermos⁶⁷².

Pero la atención de la tuberculosis infantil necesitaba lógicamente un espacio independiente del ocupado por los adultos. De esta forma, hacia los años 1929-1930 se

⁶⁶⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 29-30, 1.975.

⁶⁷⁰ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 36, 1.975.

⁶⁷¹ “Aquellas muchachas no sabían tomar ninguna precaución, ni se les ocurría tomarla, porque jamás hubieran sospechado que eran peligrosas para la familia sana. Los niños tenían que convivir en viviendas relativamente pequeñas y mal ventiladas”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 37, 1.975.

⁶⁷² “En sus tres primeros años, a pesar de no tener más tratamiento que el Neumotórax, cuyas indicaciones estaban lejos de tener la seguridad y la fiabilidad que tuvieron unos años después, junto con la Toracoplastia y Frenicectomía, que eran operaciones que se estaban iniciando en España por el Doctor Perera, a pesar de todo ello, el balance fue ligeramente favorable”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 39, 1.975.

inauguró el Pabellón IV del Hospital del Rey dedicado íntegramente a la tuberculosis Infantil, estando ya en plena marcha el Pabellón III dedicado a los adultos tuberculosos⁶⁷³.

Del pabellón III, en la primera época del Hospital se encargó como Jefe clínico el Doctor Pedro Zarco. El Doctor Torres Gost, tras una estancia en Alemania en 1930, para ampliar su formación en tuberculosis, pasó a atender dicho pabellón bajo la jefatura del Doctor Zarco.

Los profesionales del Hospital del Rey se dedicaron con esmero a la introducción de las nuevas teorías científicas sobre la tuberculosis que llegaban desde Alemania. Algunos de los textos más famosos de la época fueron traducidos por los médicos del Hospital⁶⁷⁴, y en otras ocasiones, prologados por ellos, aunque la Traducción del texto hubiera corrido a cargo de otros profesionales⁶⁷⁵. Ello indica un reconocido prestigio en el mundo de la Tisiología de la época.

En 1.930, el Director del Hospital, Tapia, se encargó personalmente del pabellón de tuberculosis para niños. Recogemos en palabras del Doctor Torres Gost, un texto que refleja su dedicación:

“Dedicaba al nuevo pabellón la mayor parte de la jornada, que distribuía en exploraciones clínicas de enfermos nuevos, radioscopias e interpretación radiográfica. Los comentarios que cada una de estas actividades le sugerían eran escuchados con atención, con religiosidad, por todos los asistentes a la clínica. Así iba formando su escuela, cada vez más completa y más idónea, en la clínica de la tuberculosis. Fruto de esta dedicación, y como resultado de un reconocimiento por parte de la Comunidad médica del Madrid de la época, el Doctor Tapia pasó años más tarde dirigir y a ser el alma de la Sociedad de Tisiología”⁶⁷⁶.

Pero antes de continuar con la historia de la tuberculosis en el Hospital del Rey, hacemos un pequeño paréntesis para aclarar con qué elementos contaba el Madrid de

⁶⁷³ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 64-65, 1.975.

⁶⁷⁴ MINNIGERO, M, *La Tuberculosis de las vías altas considerada especialmente desde el punto de vista clínico*, Madrid: Sáez hermanos, 1.934. Traducción del Alemán por los Doctores Tapia, R; Ager, E, y con prólogo de Tapia, M.

⁶⁷⁵ ULCIRI, H, *Diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar y laríngea*, Barcelona: Labor, 1.935 (Tall. Gráf. Ibero-Americanos). Traducción de la segunda edición alemana por Torres Gost.

⁶⁷⁶ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 64-66, 1.975.

entonces para hacer frente a la tuberculosis. En 1.932, la zona centro de Madrid contaba con los siguientes elementos para la lucha contra la tuberculosis⁶⁷⁷:

El Hospital del Rey con el pabellón infantil dedicado a la tuberculosis y dirigido personalmente por el Dr. Tapia, Director del Hospital del Rey.

El pabellón III del Hospital del Rey, para adultos.

La Enfermería Victoria Eugenia (llamada Enfermería de Chamartín en la República), con una notable aportación de camas.

Los dos Sanatorios recién inaugurados el de Valdelatas y el de Húmera.

Y por último, los tres Dispensarios antituberculosos de Madrid.

Todos estos centros no sólo desarrollaron una meritoria labor en la atención de los enfermos tuberculosos, sino que también sirvieron como centros de formación de Tisiólogos que en un futuro se extenderían por toda España.

En 1.932, Zarco, pasó por Oposición a hacerse cargo del Sanatorio de Valdelatas, quedando el pabellón III a cargo de Torres Gost. Fue esta época en la que se desarrolló con gran intensidad uno de los tratamientos de la época frente a la tuberculosis: la sección de adherencias intrapleurales.

La tuberculosis en diversas fases provoca una afectación de la Pleura que es la capa que envuelve los pulmones en su parte externa. La Pleura Tuberculosa se engruesa y forma tractos fibrosos a modo de cuerdas que provocan deformación de los lóbulos pulmonares y en muchos casos mantiene abiertas las cavernas tuberculosas. De ahí que sea tan importante su destrucción.

Torres Gost dedicó a este procedimiento tres mañanas semanales, con dos o tres enfermos en cada sesión. A los tres o cuatro años, se pudieron registrar mil casos. La mayor indicación de esta técnica era cuando la cavidad estaba abierta por una brida o membrana que la mantenía tensa. Esta técnica, lógicamente, tenía que ir precedida por una Toracoscopia. Los casos que se acompañaban de adherencias gruesas, no eran solucionables nada más que por cirugía.

Durante los años de la Guerra Civil, el reparto de patologías por pabellones se mantuvo relativamente inalterado, lo que nos hace pensar que la tuberculosis siguió siendo igual de prevalente (Fig. 1):

⁶⁷⁷ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 66-67, 1.975.

"El pabellón I seguía dedicado como siempre a las enfermedades infecciosas agudas corrientes, predominantemente las enfermedades tíficas, para población militar y civil. El primer piso quedó ocupado casi exclusivamente por soldados del frente. El pabellón II estaba dedicado íntegramente a enfermedades infecciosas bien clasificadas en el pabellón I. El pabellón III seguía con los dos pisos dedicados a la tuberculosis, el primero para hombres y el segundo para mujeres. El pabellón IV, como siempre, dedicado a niños tuberculosos, y por último se habilitó el pabellón V, al desalojar el pabellón de enfermeras, que se dedicó a la atención del paludismo y Brucelosis muy frecuentes durante la Contienda Civil"⁶⁷⁸.

A pesar de la modificación experimentada en las patologías durante la Guerra Civil, provocada por la aparición de epidemias como el tifus exantemático, o el paludismo, la tuberculosis necesitó igual que siempre dos pabellones para su atención, lo que indica que su incidencia y prevalencia durante la Guerra Civil se mantuvo.

Durante la Guerra, el pabellón Infantil, una vez desaparecido el Doctor Tapia, pasó a ser responsabilidad del Doctor José Tapia Sanz⁶⁷⁹.



Figura 1⁶⁸⁰. Sello de la lucha antituberculosa en la que se muestra la Enfermería Victoria Eugenia adyacente al Hospital del Rey.

⁶⁷⁸ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 91-92, 1.975.

Una vez acabada la Contienda, el pabellón III siguió ocupado de la atención de la tuberculosis. Hemos comprobado que en este Pabellón se empezaron a atender niños con Meningitis Tuberculosa⁶⁸¹, atendidos en épocas anteriores en el pabellón Infantil. Probablemente se decidió reunir en un solo pabellón a todos los enfermos que padecían esta enfermedad independientemente de la edad. Era esta la única forma de evitar la temida propagación intrahospitalaria.

“La Meningitis Tuberculosa en niños suponía un triste espectáculo, pues en la fase de curación los niños quedaban con las secuelas que les transformaban en auténticos guiñapos. Al lado de niños totalmente impedidos o idiotas, se veían otros con idiocia más mitigada, acompañada de parálisis más o menos intensas”⁶⁸².

El única arma terapéutica fue la Estreptomicina, que utilizada de manera aislada no resolvía el tratamiento de la Meningitis Tuberculosa.

Así se estuvo hasta el año 1.952, en que apareció la Isoniacida⁶⁸³. Supuso un giro de ciento ochenta grados en el tratamiento de las formas agudas de tuberculosis, entre las que se encontraba la Meningitis y, sin embargo, carecía de importancia en la modificación del curso de las formas cavitarias crónicas.

Fue en el Hospital del Rey donde se obtuvieron esperanzadores resultados con el uso intrarraquídeo en niños con tuberculosis Meníngea. La introducción de la Isoniacida en el Hospital del Rey quedó reflejada en el libro: “Tratamiento de la Meningitis Tuberculosa y de la tuberculosis pulmonar aguda”⁶⁸⁴.

⁶⁷⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 97, 1.975.

⁶⁸⁰ Cortesía del Diario El Mundo. Coleccionable sobre los sellos de la Guerra Civil. Se muestra un sello de la Enfermería Victoria Eugenia adyacente al Hospital del Rey.

⁶⁸¹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 115, 1.975.

⁶⁸² TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 116, 1.975.

⁶⁸³ Este medicamento se comercializó bajo dos nombres: Rimifon® de la Casa Roche, y Nidracid® de Squibb. TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 117, 1975.

⁶⁸⁴ TORRES GOST, J, *Tratamiento de la Meningitis tuberculosa y de la tuberculosis pulmonar aguda*, Madrid: Espasa Calpe, 1.955.

Queda descrito así un esbozo de lo que fue la atención de la tuberculosis en el Hospital del Rey. Atrás quedan las numerosísimas defunciones causadas por esta terrible enfermedad, contra la que los médicos no poseían apenas ninguna terapéutica eficaz.

No obstante, los médicos del hospital del Rey, pusieron entusiasmo y paciencia en su dedicación a la tuberculosis. Prueba de ello son los numerosísimos trabajos científicos, las estancias en el extranjero y la paulatina introducción de nuevas técnicas, que como la sección de adhesiones pleurales, fueron modificando poco a poco la mortalidad de esta entidad. Quizás la fecha culmen fue 1.952, con la introducción de la Isoniacida.

Podemos adivinar lo que constituyó para estos profesionales descubrir un medicamento que curaba a enfermos tuberculosos, los cuales, tan solo años antes estaban sentenciados a una muerte segura o por lo menos muy probable. Es bastante seguro que ese sentimiento de satisfacción experimentado por los médicos, compensase al menos en parte los duros años de la era preantibiótica de atención de la tuberculosis.

Comenzamos a continuación con el estudio de los datos obtenidos de la Cala realizada en el Archivo de Historias Clínicas del Hospital del Rey, estudiando los enfermos que fueron atendidos con el Diagnóstico de tuberculosis Pulmonar. Para ello, seguiremos el esquema propio de las Historias Clínicas. Es decir, comenzaremos con los datos de Filiación del enfermo y sus antecedentes patológicos, para seguir con la descripción de la Enfermedad actual que motiva el ingreso del enfermo. Posteriormente, se detallan los datos de la Exploración Física, la Evolución y el Tratamiento. Este esquema será el que seguiremos a la hora de exponer el resto de las enfermedades estudiadas.

2.3.3.3 Datos de Filiación de los pacientes.

Los enfermos de tuberculosis, una vez sospechado el diagnóstico eran atendidos e ingresados fundamentalmente en el pabellón III. Sin embargo, por las historias consultadas podemos concluir que esto no era una norma absoluta. Son frecuentes los ingresos en el pabellón I⁶⁸⁵. Quizás, el número de ingresos de esta enfermedad superaba la capacidad del pabellón III, teniendo que contar con otros pabellones. Como ya hemos comentado en otros capítulos, la flexibilidad de camas era una de las características de un Hospital de Infecciosos. Es lógico pensar que cuando estos pacientes entrasen en otro pabellón, los

⁶⁸⁵ Colección de Historias clínicas del Hospital del Rey. En adelante, CHCHR. Historias clínicas números 1002; 2484; 240.

enfermos tuberculosos quedarían bajo estricto aislamiento respiratorio sin contacto con otros enfermos, evitando contagios mixtos por varias patologías.

En cuanto a la edad de los enfermos correspondientes a la sala de Historias realizada, predominan los sujetos comprendidos entre la tercera y cuarta década, aunque el rango de edad abarca desde la infancia (quince meses)⁶⁸⁶ hasta más allá de los cincuenta años. No podemos olvidar que el pabellón IV se destinó por completo a la tuberculosis infantil, siendo atendido por Tapia antes de la Guerra Civil.

Comenzaremos diciendo que los datos obtenidos mediante el método de Cala, no pretenden en modo alguno constituir una muestra de tipo estadístico. Son sólo datos meramente descriptivos de la información que hemos considerado más destacada en las Historias consultadas.

La procedencia de los enfermos era mayoritariamente de Madrid. No obstante, existen casos provenientes del Frente durante la Guerra Civil. Existen también muchos enfermos afincados en Madrid pero procedentes de otras regiones: Canarias⁶⁸⁷, Cuenca, Sevilla⁶⁸⁸, Almería, etc. Refleja la inmigración de la ciudad de Madrid por motivos laborales. No son escasos los estudiantes que residían de forma temporal en la capital, en la que desgraciadamente contraían la enfermedad⁶⁸⁹. En algún caso aislado, por ejemplo el un enfermo originario de Jaén (La Carolina), el ingreso en el Hospital del Rey se realiza trasladando al enfermo directamente desde su domicilio lejano a la Capital⁶⁹⁰. Sin embargo, este tipo de traslados son poco frecuentes, quizás por la existencia de Instituciones antituberculosas esparcidas por todo el territorio Nacional.

Dada la temprana edad de afectación predominaba el estado de soltero sobre el de casado. En cuanto a los oficios de los enfermos, son muy variados: minero, sirvienta, estudiantes⁶⁹¹, jornaleros⁶⁹², labradores, dependientes⁶⁹³, etc.

La duración de la estancia hospitalaria se prolongaba habitualmente meses, acercándose en muchos casos al año. Estos largos ingresos, prolongados durante meses, lógicamente supondrían un gran problema de espacio para una Institución tan necesitada de camas como el Hospital del Rey. No era infrecuente que para absorber las epidemias provocadas por otras enfermedades como la polio o el tifus exantemático, se tuviese que

⁶⁸⁶ CHCHR. Historia clínica nº 18.676

⁶⁸⁷ CHCHR. Historia clínica nº 19.826.

⁶⁸⁸ CHCHR. Historia clínica nº 1002.

⁶⁸⁹ CHCHR. Historia clínica nº 806.

⁶⁹⁰ CHCHR. Historia clínica nº 296.

⁶⁹¹ CHCHR. Historia clínica nº 806

⁶⁹² CHCHR. Historia clínica nº 1002

recurrir a los Pabellones Dócker por falta de camas. Desgraciadamente, el único factor que aliviaba la falta de espacio en el Hospital, en muchas ocasiones, era la propia defunción de los pacientes⁶⁹⁴.

En cuanto al modelo de Historias Clínicas, no varía con respecto al utilizado en otras enfermedades infecciosas. Sí se utilizaban determinados esquemas preimpresos para anotar la auscultación respiratoria diaria, que ya detallaremos cuando expongamos la Exploración Física de esta enfermedad (Fig. 2 y 3). No obstante, se comprueba la presencia de modelos de Historias Clínicas, procedentes de Dispensarios antituberculosos, por ejemplo el Dispensario de Buenavista⁶⁹⁵. Se supone que el paciente era visitado e ingresado previamente en dicho Dispensario, y desde allí era trasladado, con Historia clínica incluida al Hospital del Rey. Esto demostraba la interrelación de las distintas Instituciones del Servicio Antituberculoso. Probablemente aquellos enfermos graves eran trasladados desde los Dispensarios hacia los Hospitales con Servicios Antituberculosos más cercanos.

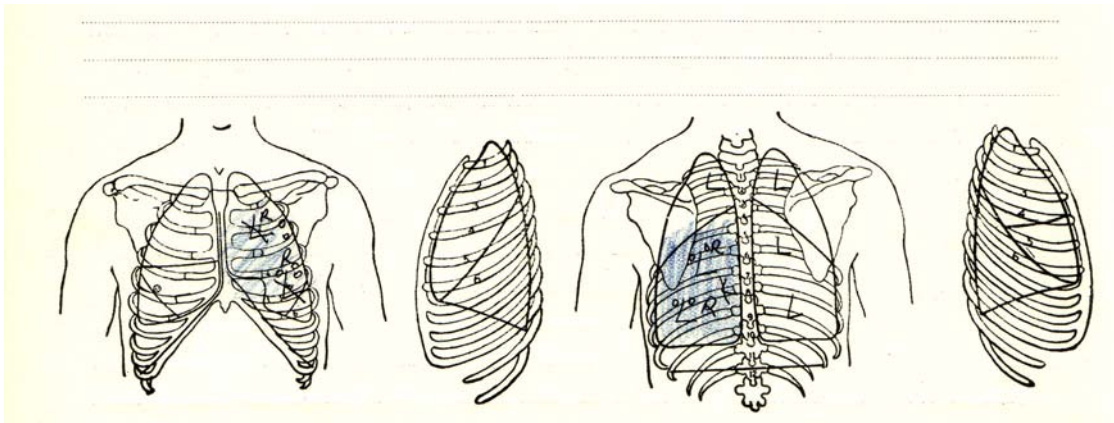


Figura 2. Esquemas preimpresos para anotar la auscultación respiratoria diaria en un enfermo con tuberculosis y condensación pulmonar en base izquierda.

⁶⁹³ CHCHR. Historia clínica nº 18.267

⁶⁹⁴ CHCHR. Historia clínica nº 1038; 2484; 19.826; 19.811;

⁶⁹⁵ CHCHR. Historia clínica nº 19.835.

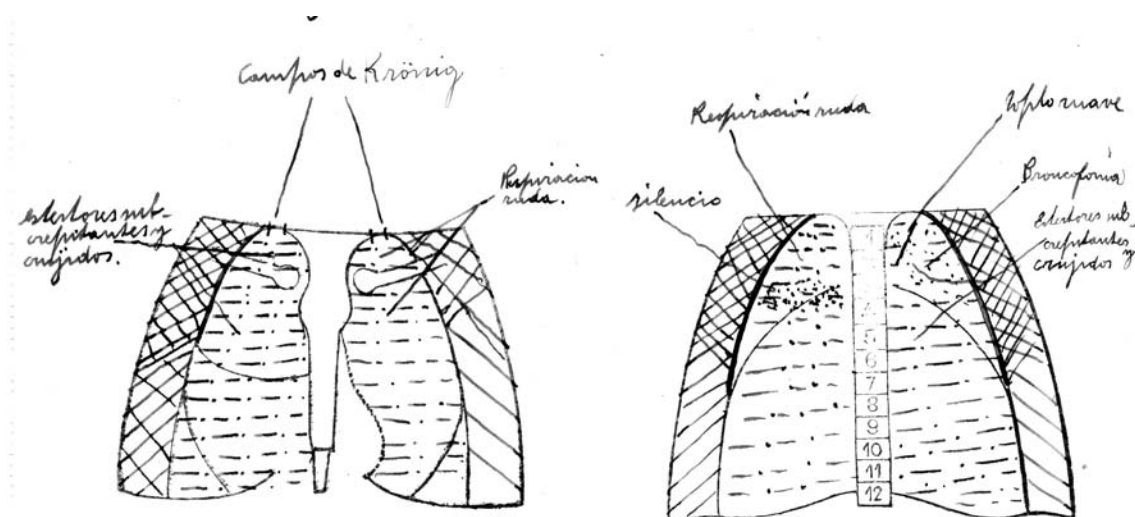


Figura 3. Modelo diferente de esquema preimpreso para anotar la auscultación respiratoria.

En estos casos, el modelo de Historia iba encabezado con un membrete de Sanidad Nacional del Servicio Antituberculoso (Fig. 4). Las Historias consultadas correspondientes a los Dispensarios Antituberculosos son del año 1.939. El resto del modelo de Historia Clínica era muy similar al utilizado en el Hospital del Rey, aunque lógicamente más dirigido hacia la tuberculosis y por tanto la exploración del aparato respiratorio. Incluía espacios con los esquemas ya impresos de la caja torácica y pulmones, para apuntar la auscultación, así como apartados para describir la exploración radioscópica y radiográfica (todos estos detalles no estaban presentes en el Modelo del Hospital del Rey, aunque se incluían en cuartillas de papel añadidas)⁶⁹⁶.

Las relaciones entre el Hospital y el personal sanitario del frente de Guerra en la contienda civil se dejan entrever a través de determinados ingresos Hospitalarios de soldados⁶⁹⁷. A través de los datos obtenidos de las Historias Clínicas se puede obtener en muchas ocasiones información valiosa de la situación histórica de la Guerra Civil⁶⁹⁸.

⁶⁹⁶ CHCHR. Historia clínica nº 19.835; 19.811;

⁶⁹⁷ Paciente varón de 23 años procedente de la Cuarta Brigada del Goloso, donde ha sido visitado por el Dr. Vergara. CHCHR.

⁶⁹⁸ Así, podemos leer en una Historia clínica sobre un enfermo que ingresa por tuberculosis pulmonar procedente del frente de Las Rozas, en cuyo Sector llevaba 1 año. Lo más sorprendente es su edad: 16 años. Es decir, con tan solo 15 años se había incorporado al Frente de Guerra, perteneciendo al 58º Campo Auxiliar de Fortificaciones. Desafortunadamente, este enfermo después de permanecer dos meses en el Hospital falleció a causa de su enfermedad.

CHCHR. Historia clínica nº 18.200.

En el caso concreto de la enfermedad que nos atañe, consta que el Hospital del Rey recibió enfermos tuberculosos procedentes del frente de Guerra Civil. Incluso el Hospital del Rey sirvió en algunos casos como puente entre dos Instituciones militares sanitarias: “Enfermo, soldado de la 206 Brigada, 821 Batallón y 2ª Compañía”⁶⁹⁹, que tras permanecer ingresado en el Hospital Militar nº 10, es derivado al Hospital del Rey, donde tras permanecer tres meses ingresado, se deriva a otro Hospital Militar, ésta vez el nº 20.

Esto podría reflejar la saturación de camas de Sanidad militar, y la necesidad de las mismas para enfermos de especialidades quirúrgicas (Traumatología-cirugía general). Los enfermos afectados de tuberculosis, precisaban estancias prolongadas, encajando poco en Instituciones Militares. Por otro lado, quizás en caso de agravamiento de la tuberculosis, se trasladaba al enfermo a un Hospital de Infecciosos donde había profesionales especializados. Quizás estos escaseaban en los Hospitales de campaña. Por último, el miedo a la propagación de la enfermedad en el Frente, debía ser una preocupación real entre las autoridades sanitarias pertinentes.

No son raros, por otro lado, los casos de enfermos de tuberculosis, provenientes de cárceles de Madrid, durante la época de la Guerra Civil⁷⁰⁰.

No es de extrañar que el curso de estos enfermos fuera poco favorable, ya que acudían al Hospital con gran deterioro del estado general, debido a la desnutrición y al hacinamiento propio de un sistema carcelario en tiempos de guerra. Estos factores llevaban a la inmunosupresión del enfermo y provocaban una rápida progresión de la tuberculosis. Al menos, el detalle de encontrar enfermos procedentes de la población reclusa, indica que existía un mínimo sistema sanitario penitenciario que podía identificar a enfermos con probabilidad de tener una tuberculosis.

Existen también traslados de enfermos desde otros hospitales de la capital de Madrid.

Es el caso de una paciente mujer de 26 años, soltera, que “se traslada procedente del Hospital General, donde ha permanecido cuatro meses y medio”⁷⁰¹. Se trata de una enferma grave, lo que indica que el Hospital del Rey ya en esta fecha 1.938, tenía un reconocido prestigio entre las Instituciones sanitarias del Madrid de la Época. Y no es un ejemplo aislado, pues podemos leer en otra Historia: “paciente mujer de 20 años, trasladada del Sanatorio Lago”. Asimismo, a veces existen traslados hacia otros hospitales, desde el

⁶⁹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 19.726

⁷⁰⁰ Es el caso de un enfermo de 36 años, soltero y practicante de profesión, que viene de la prisión provisional de Hombres nº 3.

CHCHR. Historia clínica nº 18.201


⁷⁰¹ CHCHR. Historia clínica nº 19.810

Hospital del Rey. Es el caso de un soldado de 25 años, que tras permanecer tres meses en el hospital es trasladado al Hospital Militar nº 10⁷⁰².

No son frecuentes los traslados de enfermos de un pabellón a otro del Hospital, no obstante existen las excepciones⁷⁰³. Probablemente, responde al concepto de flexibilidad del Hospital del Rey como Hospital de Infecciosos. En el caso de la tuberculosis, no es impensable que los enfermos mejor conservados o con formas más benignas, se intentasen aislar de los enfermos más bacilíferos.

⁷⁰² CHCHR. Historia clínica nº 18.726

⁷⁰³ En 1925, un paciente varón de 20 años, con el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar pasa por el Pabellón I (cuarto 8, piso 1ª Izquierda) y por el Pabellón II (piso 1º, Sala 1ª Izquierda. Cama nº 2).
CHCHR. Historia clínica nº 4



SANIDAD NACIONAL

SERVICIO ANTITUBERCULOSO

19827. I.T.P.

Historia clínica del enfermo núm. _____ Enviado por D^o de Sanidad
 Número de inscripción en el Dispensario de Hospital Destinado para su trata-
 miento a la sección de _____ cama núm. _____ piso _____
 Ingresó el 8 de Octubre de 1938 Alta de _____ de 19_____
 Nombre y apellidos Pedro Polo Cubero
 Edad y estado 16 años - S. naturaleza Barabandul Dajo (re)
 Domicilio actual Uniparo 27 profesion u oficio _____
 Capacidad y condiciones higiénicas del domicilio y local de trabajo malas.
 Posición social y género de vida mala

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre F. de colitis hace 3 meses (enfemen 4 meses) batismo crónica
 Madre Sana
 Hermanos 1 que está bien Cónyuge _____

INFANCIA

Enfermedades durante esta época de la vida no recuerda
 Condiciones higiénicas en que ha vivido hasta la pubertad en ambiente cas. rural
 Exposición al contagio Desconoce
 Episodios sospechosos de infección tuberculosa _____
 Antecedentes patológicos en general _____
 Relación con otros enfermos de tuberculosis desde la pubertad hasta el momento actual _____

Partos _____	Abortos _____	Hijos fallecidos _____	¿De qué? _____
	Fecha _____	Menstruación _____	¿Ha lactado? _____

OBSERVACIONES

Figura 4. Modelo de historia clínica de un enfermo del Hospital del Rey encabezado con un membrete de Sanidad Nacional del Servicio Antituberculoso correspondiente a 1938.

2.3.3.4 Información epidemiológica y Antecedentes Patológicos.

A través de este apartado podemos conocer aspectos del contexto histórico de la época estudiada. En ocasiones, se puede realizar una aproximación a la realidad social que rodeaba a estos enfermos en el momento inmediatamente anterior al ingreso. Es importante hacer

mención del valor que la Medicina de aquellos años concedía a esta cuestión. Como siempre ha pasado en Medicina, se da un gran valor a los antecedentes patológicos del paciente para poder conocer con mayor exactitud el proceso nosológico actual y en la medida de lo posible poder hacer una profilaxis adecuada en el medio de origen de la enfermedad.

Como corresponde a la época, no son raros los casos de agrupamiento familiar de la patología tuberculosa:

“El padre, de profesión minero, murió a los 57 años de tuberculosis Pulmonar. Han sido siete hermanos, muriendo uno de ellos de tuberculosis actual, le empezó la enfermedad a los 28 años y falleció a los 31”. Se anotan a veces hábitos del paciente: “ha bebido mucho”, o detalles de su oficio: “Saliendo de la mina cogió un fuerte enfriamiento a consecuencia de unas mojaduras”. Estos detalles nos desvelan el ámbito en el que se desarrolla la vida cotidiana del paciente. Algunos pueden resultar irrelevantes como “las mojaduras”, pero no el oficio del paciente, pues la Silicosis asociada al trabajo de minero se demostraría muy relacionada con la tuberculosis, en el Síndrome descrito por Kaplan (Silico-tuberculosis).

Otras veces en los antecedentes patológicos se anotan datos poco concluyentes:

“A los dos años padeció Sarampión. A los 6 años, sufrió una diarrea que le duró mucho tiempo. El año pasado (en el mes de Agosto), tuvo una enfermedad que le duró veinte días. Le empezó poco a poco, tuvo fiebre continuada y le desapareció paulatinamente, quedándole una mínima cefalea y estreñimiento”⁷⁰⁴.

La falta de concreción es evidente. Lógicamente, el enfermo de la época disponía de escasa cultura médica pudiendo transmitir con dificultad sus antecedentes. Pero también traduce la limitación de los médicos, pues muchos de los cuadros sufridos por los pacientes quedaban sin un diagnóstico claro. En el caso citado, los procesos apuntados y padecidos por el paciente en el mes de Agosto bien pudieron tratarse de una primoinfección tuberculosa. Pasada la misma, el paciente volvió a la normalidad hasta que desarrolló la infección en plenitud.

Como en otras enfermedades infecciosas asociadas a gente joven, los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual no son extraños: “El enfermo padeció Blenorragia y un bubón. También dice haber tenido sarna hace 10 años, acompañada de una erupción

roseoliforme en extremidades”⁷⁰⁵. Esto último podría ser compatible con una sífilis secundaria.

La tuberculosis Pulmonar se transmite por contagio por vía aérea, y para ello requiere un cierto espacio de tiempo de contacto con la persona enferma. Eso explica que a veces no fuese rara en Instituciones y Asilos donde la convivencia era más cerrada. Este es el caso del Asilo de San José de la Calle Ayala 49, de donde se derivaron varios deficientes mentales con tuberculosis⁷⁰⁶.

En el año 1.925, inicio del Hospital, podemos comprobar ya el interés epidemiológico de los médicos que realizaban la Historia. Se trata, en el caso de las enfermedades infecto-contagiosas, de intentar aislar el foco, localizando el lugar topográfico de origen, y los medios o fuentes de contagio. Así podemos leer la información anotada a propósito de un joven de 20 años de edad y entallador de profesión:

“La madre falleció hace unos 15 días de un cáncer. Su padre falleció hace 14 meses de tuberculosis. Otro hermano también ha enfermado desde hace 15 días. Tomaba leche cruda. Es de la calle Casqueros (Tetuán). Comía alguna pieza de fruta. El agua de fuente pública y es de Lozoya. Trabaja en la calle Raimundo Lullo. El maestro de taller padecía del pecho”⁷⁰⁷.

En ocasiones la información epidemiológica se reducía a escuetas notas biográficas, a través de las cuales, por ejemplo, se describe la infancia de un paciente en un pueblo de unos veinticinco vecinos. Dicho paciente llevó una vida rural completa hasta los diecinueve años, pasando luego años en Madrid sirviendo⁷⁰⁸.

En otros enfermos la Anamnesis queda poco clara: “Ignora la procedencia del agua de bebida”⁷⁰⁹.

A veces se derivan prototipos de enfermos débiles de forma constitucional. Aunque sea quizás anecdótico, sí se corresponde con la literatura de la época en la que se describía al enfermo tísico como una persona permanentemente frágil, pálida y enferma: “Desde

⁷⁰⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 806.

⁷⁰⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 1002.

⁷⁰⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 2484.

⁷⁰⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 317.

⁷⁰⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 19.810.

⁷⁰⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 5779.

pequeña, esta enferma siempre ha sido débil. Hace ocho años presentó artritis que le duró año y medio, curándose con baños de sol. Desde entonces ha sido una persona bastante enfermiza y desganada”⁷¹⁰.

En las historias procedentes del Servicio Antituberculoso, como por ejemplo el Dispensario de Buenavista, los antecedentes patológicos quedaban bien detallados. En las Historias constaban los siguientes apartados⁷¹¹:

“Capacidad y condiciones higiénicas del domicilio y local de trabajo.

Posición social y género de vida.

Antecedentes familiares: Divididos por padre, madre y hermanos de forma individual.

Enfermedades durante la infancia.

Condiciones higiénicas en que ha vivido hasta la pubertad.

Exposición al contagio.

Episodios sospechosos de infección tuberculosa.

Antecedentes patológicos en general. Relación con otros enfermos de tuberculosis desde la pubertad hasta el momento actual.

Partos, Abortos, Hijos fallecidos, Menarquia-fecha, Menstruación, Características, Lactancia”.

Es pues un detallado interrogatorio para que nada se escape por olvido del paciente o del propio facultativo. Es lógico que Instituciones más específicamente relacionadas con el tratamiento de la tuberculosis pudieran tener un cuestionario más detallado y específicamente orientado hacia esta patología.

A veces, en los antecedentes patológicos se describían procesos previos sufridos por los enfermos que podrían corresponder a pródromos de la propia tuberculosis, o bien reflejar entidades diferentes que quedaron sin un claro diagnóstico. Esto refleja la menor tendencia de la población de la época en comparación con la actual a acudir al médico si no se trataba del proceso de gravedad: “Hace aproximadamente dos años, sufrió 5 ó 6 episodios de dolor en zona epigástrica con fiebre que llegó a 39° C y vómitos de bilis, con ictericia y deposiciones blancas de 10 días de duración aproximadamente”⁷¹².

En los primeros meses de andadura del Hospital del Rey, los términos empleados en la realización de la Anamnesis no estaban todavía a la altura científica empleada meses o años más tarde, empleando terminología poco científica a la hora de describir los procesos

⁷¹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

⁷¹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 14.835

⁷¹² CHCHR. Historia Clínica nº 19.827

nosológicos⁷¹³. Esto sin olvidar que se habla desde el punto de vista subjetivo del enfermo, que relata lo que le parece importante de su enfermedad.

Es probable que algún tipo de Anamnesis fuera realizada por estudiantes de medicina que atendía a los enfermos a la llegada al Hospital. Esto queda comprobado por el cambio de letra empleado al realizar la Historia clínica y la evolución clínica; es decir, el primer contacto con el paciente corría a cargo del médico de guardia o de un estudiante que le asistía.

En los antecedentes familiares se describe a veces lo que se refiere como ambiente bacilar. Es, por ejemplo, el caso de una paciente de 30 años con “padre fallecido hace diez años con probable pleuritis bacilar. Tres hermanos aparentemente sanos, y uno fallecido por tuberculosis hace seis años”⁷¹⁴. En esta misma paciente, se refiere que a pesar del ambiente bacilar marcado, no ha habido accidentes tuberculosos claros. Desconocemos a qué se refiere con esta expresión el autor de esta historia Clínica, pero a lo mejor quiere describir un contacto prolongado y claramente peligroso para la transmisión de esta enfermedad, como por ejemplo la exposición repetitiva a la tos de un paciente bacilífero.

Por otra parte, no son pocas las ocasiones en las que se describe el ambiente bacilífero del Hospital como lugar poco adecuado para enfermos curados o al menos aliviados⁷¹⁵.

2.3.3.5 Descripción de la enfermedad actual.

En la Anamnesis recogida de los pacientes en las historias clínicas, se detalla la importancia que tenía en determinados pacientes la presencia de la fiebre como síntoma guía de su enfermedad: “Comenzó hace 18 días con malestar general y anorexia. Posteriormente empezó a notar fiebre y tuvo que guardar cama. Desde entonces la fiebre ha sido continua y

⁷¹³ “Su padre falleció a los 25 años de una enfermedad en el oído. A los cuarenta años se le reprodujo. Le hicieron una trepanación en la que falleció bajo los efectos del cloroformo”. CHCHR.

-“Un tío carnal por parte materna falleció a causa de una afección del pecho producida al realizar un esfuerzo durante una apuesta”. CHCHR.

-“Se desarrolló robusto hasta los 18 años viviendo en Membrillera”. CHCHR.

⁷¹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 19.811

⁷¹⁵ “El enfermo al ingreso, aparte de sus lesiones duras apicales, tenía una imagen infiltrativa basal que desapareció completamente en un mes y medio (posible infiltrado no específico fugaz). Actualmente se trata de un paciente fibroso apical sin actividad y por tanto, opinamos que un ambiente poco bacilífero e higiénico será el más adecuado por lo que se aconseja el alta al paciente”. CHCHR.

elevada llegando en alguna ocasión a 40° C y acompañada de sudores no muy abundantes”⁷¹⁶.

A veces, los pacientes relatan tratamientos pautados de forma ambulatoria⁷¹⁷: “Le han tratado hace días con Orosanil aunque no recuerda la dosis, sólo que le dieron 10 inyecciones”⁷¹⁸.

En ocasiones la presentación del cuadro clínico hace sospechar una posible complicación de la tuberculosis pulmonar. Así, podemos leer en un enfermo con una bronquitis fétida, que al inicio de la enfermedad predominaba “la expectoración mucopurulenta abundante muy aireada, junto con dolor en la parte anterior del tórax que aumenta al toser. Días después inició fetidez con la expectoración”.

Otras veces, la presentación clínica es mucho menos abigarrada y por lo tanto más difícil de llegar al diagnóstico: “Empezó enferma el día de Reyes del presente año, siguió trabajando. Fue a un médico, que le diagnosticó eritema nodoso. Posteriormente ingresó en San Juan de Dios en el mes de febrero donde permaneció 15 días. Permaneció 10 días después en convalecientes desde donde se deriva para ingreso en el Hospital del Rey”⁷¹⁹.

A través de la enfermedad actual, a veces se asiste a la anotación de pequeñas mini-biografías que relatan la cronología de la enfermedad en el contexto personal del enfermo en cuestión. Nos interesa, por ejemplo, volver al caso descrito con anterioridad del paciente varón de 30 años de edad y de profesión minero. En su Expediente Clínico se relata el comienzo de su enfermedad en La Carolina (Jaén)⁷²⁰:

“Trabajando en la mina, cogió un fuerte enfriamiento a consecuencia de unas mojaduras. Sintió un frío intensísimo que le obligó a meterse en la cama unos 18 días. En estos días sintió un fuerte dolor en costado izquierdo. Esto se acompañaba de fatiga bastante considerable. La tos era muy intensa con abundante expectoración de color amarillento con algunos grumos parecidos al requesón. No perdió el apetito y tuvo unos cuantos días diarrea con dolores que se autolimitó. Pasados estos días se levantó sintiéndose recuperado, por lo que se dispuso a regresar con el trabajo de la mina. A los cinco días de trabajo tuvo que desistir porque el mero hecho de caminar hasta la mina le producía gran fatiga y accesos de tos. No podía por tanto trabajar y lo dejó. Se quedó quieto en casa y dejó de beber. Mejoró unos días aunque le quedaron molestias faríngeas”.

⁷¹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 5779

⁷¹⁷ “Hace cuatro meses empezó con cansancio, pautándole dos cajas de Sanocal”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.827

⁷¹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 19.810

⁷¹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 126

⁷²⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 240

Se describe con sencillez y estilo directo, en ocasiones con escasa propiedad científica, y rayando la crudeza con la descripción del caseum, en otras. Eran muy probablemente transcripciones literales de lo que el propio enfermo o sus familiares relataban.

En este enfermo, la cronología de lo sucedido hasta su llegada al Hospital del Rey, se complementa con una segunda parte, o relato de la situación actual en el momento del ingreso:

“Refiere el enfermo que lo que más le molesta es la sensación de hormigueo persistente en la garganta que le obliga al carraspeo y tos de forma continua. Tose mucho sobre todo de noche al acostarse y de madrugada, se fatiga en extremo. Hace aproximadamente una semana que expectora esputos sanguinolentos. Sudoración nocturna profusa. Conserva el apetito. Nota debilidad generalizada acompañada de importante pérdida de peso”.

En esta última nota se objetiva un empeoramiento de la situación clínica del enfermo, lo que probablemente motivó el traslado e ingreso en el Hospital del Rey. Ya hemos insistido en otras ocasiones sobre el hecho que implica un traslado desde una provincia lejana a Madrid, y en concreto al Hospital del Rey. En el caso del enfermo comentado, se trata del año 1925, lo que refleja que el Hospital del Rey era una Institución muy joven y ya conocida de forma nacional. Desgraciadamente, este enfermo falleció después de una estancia en el Hospital del Rey de 6 meses aproximadamente.

Sin embargo, conforme se avanza en las fechas, y se consultan las historias de años posteriores, se gana en brevedad en cuanto a la extensión de los relatos de la enfermedad actual. También se mejora la precisión en la terminología médica⁷²¹.

Conforme el Hospital y los médicos que en él trabajan, van adquiriendo experiencia en la tuberculosis pulmonar, todo el proceso de manejo, seguimiento y tratamiento de la enfermedad se va haciendo más protocolizado y rutinario. Esto permite una mayor eficacia

⁷²¹“Comienzo de la enfermedad hace 4 meses con astenia y adinamia. Tos intensa con expectoración blanquecina. Hemoptisis en cuatro ocasiones, seguidos de expectoración hemoptoica. Escalofríos y sudoración posterior. Anorexia, estreñimiento, disnea de esfuerzo”. CHCHR. Historia Clínica nº 5.893

terapéutica y una esquematización de las historias logrando reflejar de forma conocida y adecuada los síntomas y signos del enfermo. Tendremos ocasión de comentar más adelante la progresiva aparición en las historias de esquemas o ilustraciones de los campos pulmonares donde el clínico podía anotar la presencia de los distintos signos hallados en la auscultación respiratoria.

Uno de los signos más frecuentemente referido es el de la fiebre. La asociación de la tuberculosis y la fiebre es una constante y queda reflejada en la literatura de la época (por ejemplo, en autores como Thomas Mann) la importancia que los facultativos daban a este dato. La fiebre centra muchas veces la vida de los pacientes. El proceso febril en la tuberculosis tiene unas características que intentamos resumir a continuación: La fiebre como proceso impredecible en la vida de una persona aquejada de tuberculosis, muchas veces acompañada de cefalea secundaria; Una fiebre que no sigue un patrón característico como en el paludismo, que se asocia a una característica: sudoración nocturna en estos enfermos; Una fiebre, en fin, que recuerda con su aparición la presencia de la enfermedad por si acaso ésta se había olvidado. Cuando el resto de los síntomas de la tuberculosis pulmonar decrecen o mejoran, como la tos y la expectoración, la fiebre persiste o asoma de forma caprichosa.

Así pues, no es raro que los enfermos llevaran una estricta contabilidad de la fiebre durante meses⁷²².

No siempre la anamnesis reflejaba una historia convencional, por así decirlo, es decir un proceso febril asociado a tos y hemoptisis. Lógicamente estos eran los síntomas asociados a una tuberculosis pulmonar, pero había pacientes con otras localizaciones. Reflejamos una paciente aquejada de mal de Pott⁷²³:

“Comienzo de la enfermedad en el otoño pasado notándose una tumoración en la espalda, iniciándose con dolores en esa zona unos meses antes. Le pusieron botones de fuego y le desapareció el tumor. Casi al mismo tiempo notó aparición de prurito en región anal, comprobando la existencia de una tumoración que se abrió al exterior. Un mes más tarde, reaparición de la tumoración a nivel de las primeras vértebras dorsales”.

⁷²² “El paciente comienza desde principios del año, con febrícula que en rara ocasión le pasaba de 38° C, siendo de características muy irregulares. Ha pasado temporadas encamado, pero la fiebre no se ha abandonado hasta la fecha”. CHCHR. Historia Clínica nº 806

Esto evidentemente reflejaba un estado avanzado de la enfermedad, que llevó a la paciente de 29 años a fallecer en un mes por una tuberculosis Generalizada.

En las historias consultadas del Servicio Antituberculosos de la Sanidad Nacional, provenientes de los Dispensarios antituberculosos próximos al Hospital del Rey, el apartado de Enfermedad Actual estaba dividido en subapartados que facilitaban la Anamnesis del paciente⁷²⁴:

“Fecha aproximada del comienzo;
Síntomas iniciales;
Curso seguido hasta su ingreso;
Origen probable del contagio;
Causas probables del comienzo de la lesión actual;
Dónde y cómo ha sido tratado;
Síntomas subjetivos a su ingreso”.

De todos modos, en la mayoría de las historias no se sigue estos puntos a la hora de relatar la enfermedad actual. Probablemente, los médicos del Hospital del Rey ya tenían el hábito de no atenerse a redactar una enfermedad actual por puntos, y lo siguieron haciendo de la manera habitual.

A la hora de reflejar y detallar su enfermedad hay pacientes que transmiten con gran fidelidad las distintas etapas cronológicas. Lo cual no quiere decir lógicamente que la calidad de la Historia clínica sólo dependiese de la capacidad del enfermo para transmitir su historia. Es aquí donde entra en juego la pericia del médico para reconstruir los datos. Pongamos un ejemplo de un paciente detallista:

“Hace 3 años comenzó con catarro. Le hicieron una radiografía y le dijeron que no tenía lesión. Hace 1 año, sufrió otro catarro, sin fiebre y sin expectoración, con adelgazamiento y astenia progresiva. Siguió en casa cada vez peor, sin tratamiento. Hace 5 meses fue vista en un Dispensario, donde le mandaron reposo y alimentación!! Le dieron unas 10 inyecciones de oro mejorando algo. Luego, hace 4 meses fue al Hospital General donde le trataron con Calcio”⁷²⁵.

⁷²³ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

⁷²⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 19.811

⁷²⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 19.811

Los signos de admiración están presentes en la Historia original y reflejan lógicamente la sorpresa del médico del Hospital del Rey ante los consejos terapéuticos ofrecidos a la paciente. Probablemente el problema de esta paciente es la ausencia de hemoptisis, lo que probablemente hace retrasar considerablemente el diagnóstico de tuberculosis. El diagnóstico de esta enfermedad no era sólo importante para el propio enfermo, sino también para su familia evitándose una convivencia prolongada que favoreciese la propagación de la misma. La hospitalización del paciente a veces no suponía una mejoría espectacular puesto que el arsenal terapéutico era más bien escaso, pero por lo menos se conseguía romper el ciclo de propagación familiar y social.

2.3.3.6 La Exploración Física y la Evolución de los pacientes.

Como no podía ser de otra manera, a la hora de explorar un enfermo con tuberculosis Pulmonar el aparato respiratorio se convierte en el apartado más importante, al que se dedica más tiempo y atención. Conforme se avanza en los años consultados, se incorporan progresivamente a la historia clínica esquematizaciones del aparato respiratorio que permiten reflejar de una forma visual los hallazgos de la auscultación, y lo que es más importante reflejar los cambios del enfermo en los días sucesivos (Fig. 5).

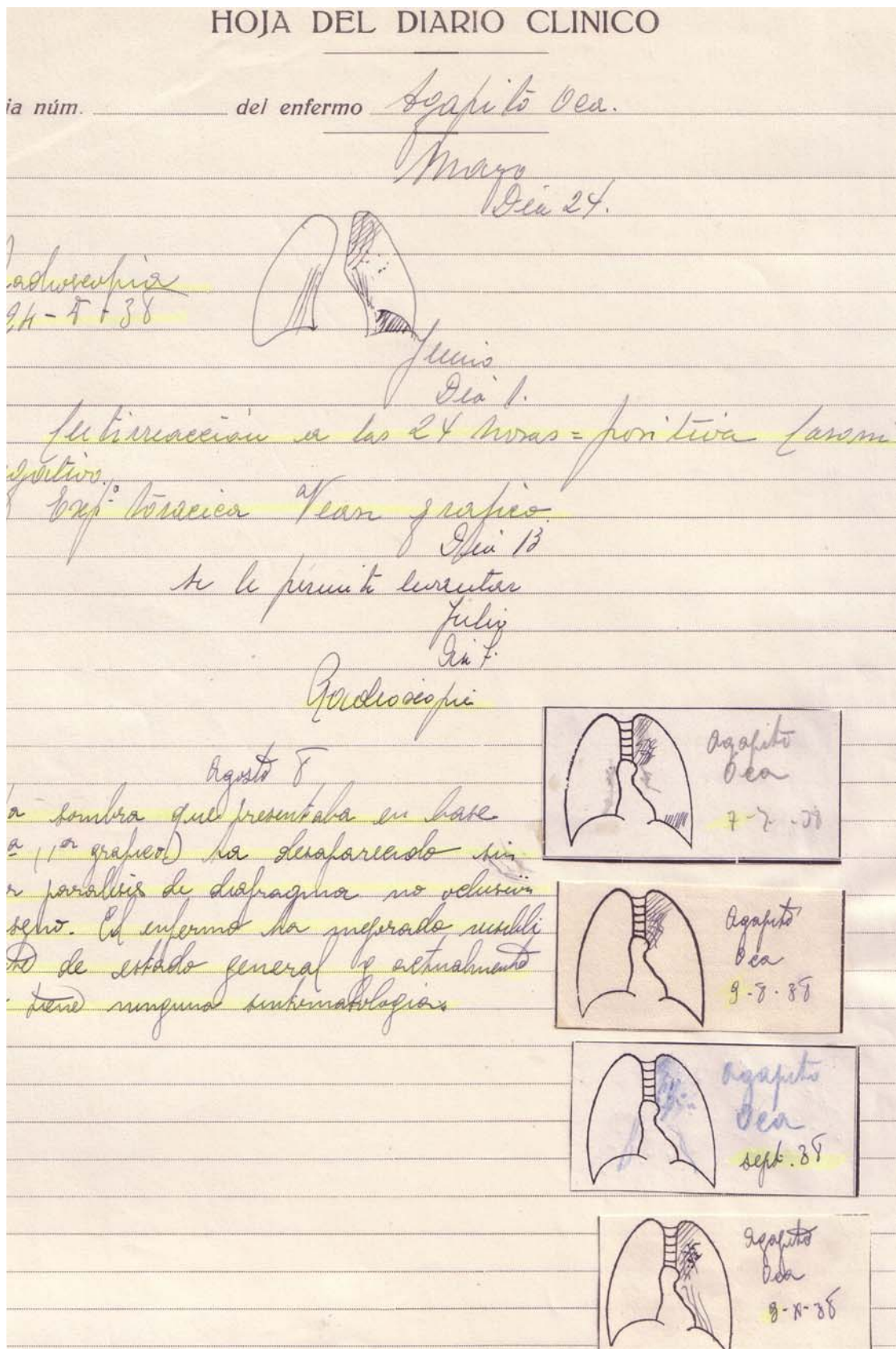


Fig.5. Historia clínica de un enfermo de tuberculosis correspondiente a 1938 en la que se observa la importancia de la auscultación diaria por parte del médico encargado del caso.

En las primeras historias consultadas abunda la prolijidad de nombres propios, con profusión de signos poco esquematizados. Así, se obtiene de una Historia de 1.925:

“Exploración pulmonar:

Inspección: retracción foco Morenheim. Disminución de la expansión. Atrofia más pronunciada del pectoral del lado derecho.

Palpitación de vibraciones: Disminuidas en lado derecho en plano anterior. Sin diferencias en plano posterior.

Percusión: Keruaig ligeramente menor en lado derecho que en izquierda. Trayecto de Gil Casares mayor en lado izquierdo. En plano anterior no se aprecian diferencias a la percusión comparada. Únicamente, percutiendo la clavícula se nota un ligero oscurecimiento del fluido en el lado izquierdo. En plano posterior existe submatidez de ambos vértices. En el lado derecho se hace clara a nivel de la espina de la escápula y persiste en todo el pulmón. En lado izquierdo la submatidez del vértice al mismo nivel se aclara percutiendo hasta la punta de la escápula en donde se convierte en francamente macizo, ocupando toda la base.

Auscultación: Plano anterior, con disminución del murmullo vesicular en el lado izquierdo. En el lado izquierdo en el vértice casi desaparición del murmullo y existencia de chasquidos. A nivel de la segunda costilla se hace más perceptible. En plano posterior la respiración es francamente pueril en lado derecho sin ruidos anormales. En lado izquierdo de arriba abajo todo el pulmón deja de sentir chasquidos característicos. En la base hay un roce pleurítico manifiesto que coincide con el punto donde le ha dolido durante toda la enfermedad”⁷²⁶.

Como se puede comprender esta exhaustiva exploración, es poco práctica para otro médico que no haya participado en la misma. Hay que leer con atención para sacar la conclusión de que el problema está situado en base y vértice izquierdos. No hay esquema visual, ni en el momento de realizar la historia clínica, ni en el curso evolutivo. Estos inconvenientes serían resueltos progresivamente. Evidentemente, detrás de la prolija redacción se traduce una completísima exploración física del paciente que el fondo refleja la profesionalidad de los jóvenes médicos que trabajaban en el Hospital del Rey.

No es infrecuente ver escritos en la exploración física de los pacientes, términos clásicos de la auscultación respiratoria de un paciente con tuberculosis⁷²⁷.

⁷²⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 240.

⁷²⁷“Se ausculta soplo anfórico en hemitórax derecho. Al toser presenta gran cantidad de estertores, algunos de los cuales son metálicos. En base izquierda, existen algunos crujidos y estertores congruentes. No son raros los roces pleurales, así como la broncofonía”. CHCHR. Historia Clínica nº 1.070

Los primeros esquemas de exploración pulmonar representan plano posterior, anterior, lateral izquierdo y derecho. En el esquema se representan los lóbulos pulmonares superior, medio, inferior derecho, y superior, cingulo inferior izquierdos. La pared costal está también representada con columna vertebral, parrilla costal, clavículas y escápulas. Se numeran las costillas y las vértebras dorsales. Para el clínico era fácil apuntar sobre el dibujo con colores y distintos signos los hallazgos encontrados en la exploración pulmonar (Fig. 6 y 7)

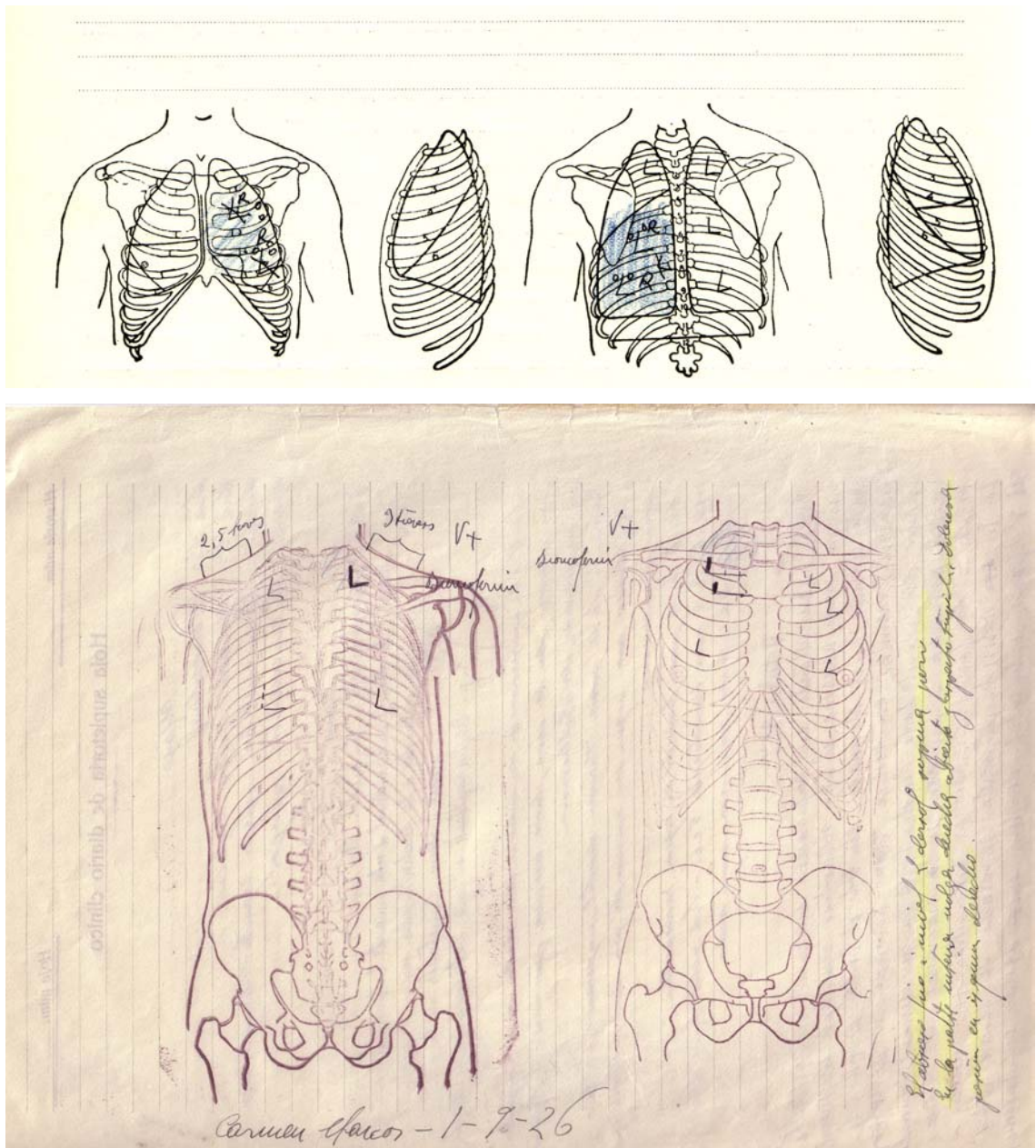


Fig.6 y 7. Los esquemas de exploración pulmonar del enfermo tuberculoso de las historias clínicas del Hospital permitían al clínico apuntar los hallazgos de la exploración física.

No es raro encontrar copias de las diferentes radioscopias realizadas al paciente. En la paciente comentada más arriba, que acaba falleciendo, se observa una progresiva ocupación de base izquierda, así como la aparición de cavernas (Fig. 8 y 9).

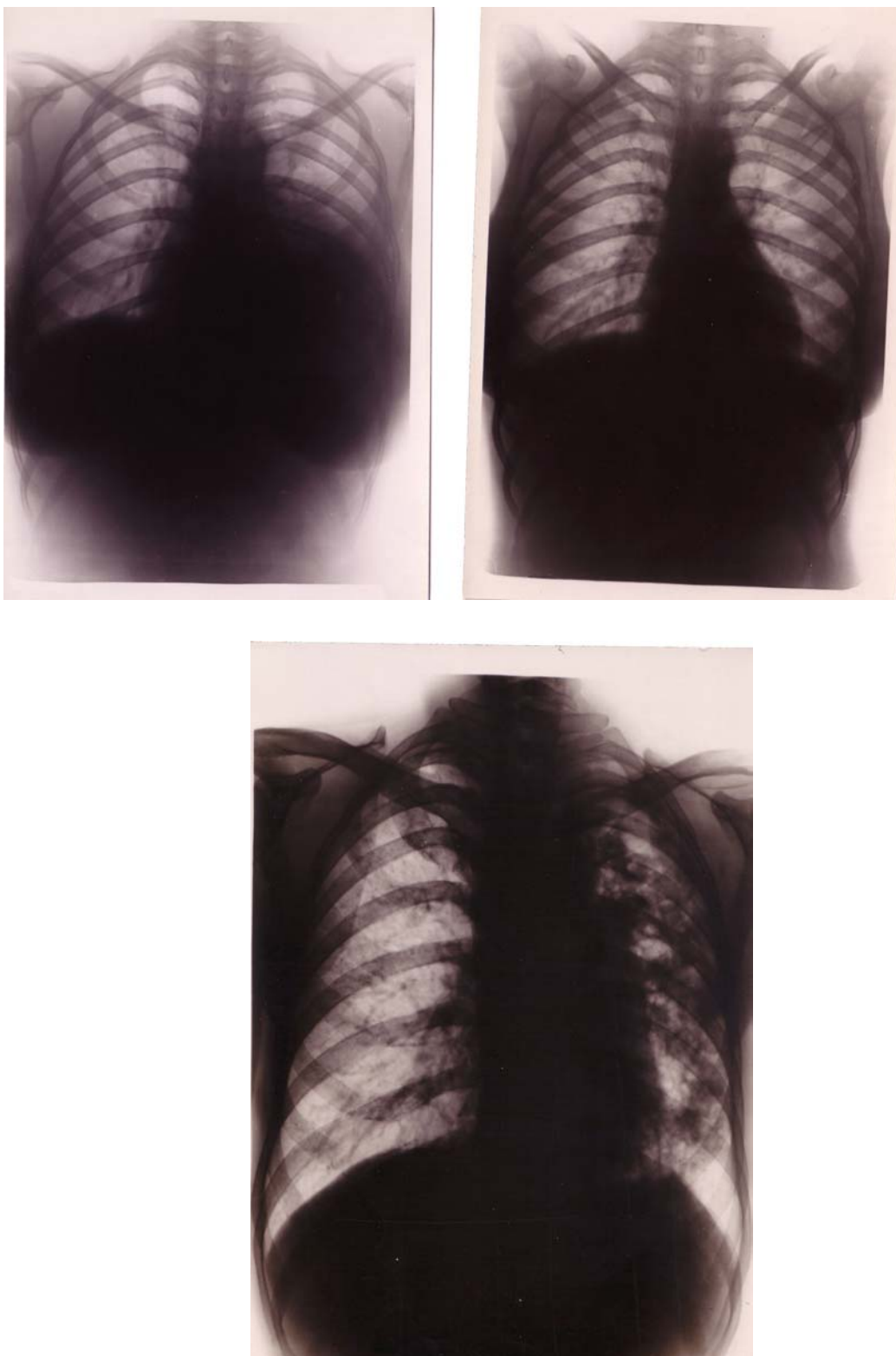


Fig. 8 y 9. No es raro encontrar copias de las diferentes radioscopias realizadas al paciente tuberculoso en su historia clínica.

Las gráficas de constantes clínicas eran mensuales. Registraban la tensión arterial, pulso y temperatura. También quedaba anotada la cantidad de diuresis, el número de deposiciones y la medicación administrada. Asimismo, quedaba registrado el número de días de hospitalización del paciente (Fig. 10). Se comprueba lo exhaustivo de los datos recogidos: “Peso 57.7; dinamómetro 25-17-5; espirómetro”⁷²⁸.

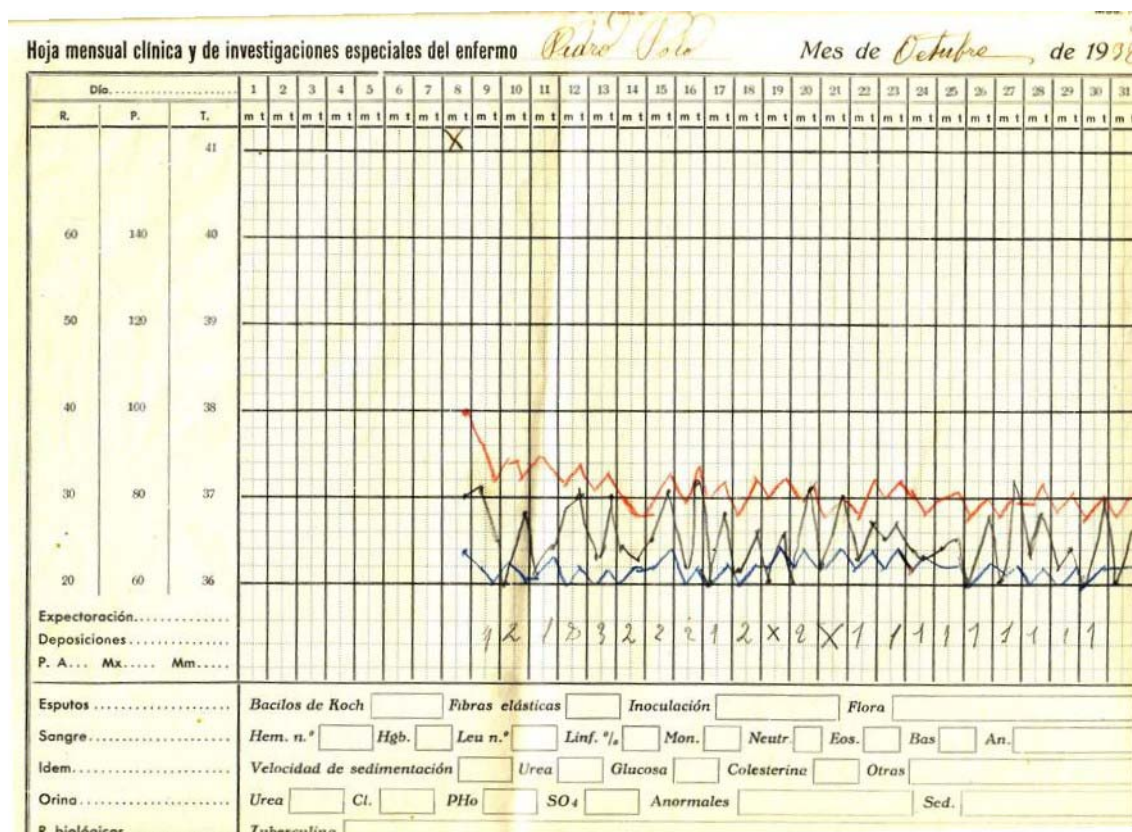


Fig. 10. Las gráficas de constantes clínicas del enfermo tuberculoso eran mensuales.

⁷²⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 2.110

En el apartado de la evolución, las anotaciones encontradas son breves y concisas. La estancia hospitalaria de los enfermos tuberculosos se prolongaba en muchas ocasiones durante bastantes meses. Eso probablemente originaría un conocimiento casi perfecto por parte del clínico de la situación del paciente. Por otra parte los cambios en la enfermedad a menudo eran una lenta progresión a lo largo de las semanas sin grandes variaciones. Todo esto justifica estas notas clínicas concisas con frecuentes anotaciones de apenas una línea o un comentario⁷²⁹. Sin embargo, en ocasiones, se requería una mayor prolijidad de detalles:

“Persiste igual. Los resultados de la exploración son análogos a los días anteriores. Se le hace punción pleural del lado izquierdo, extrayéndose 20cc de líquido pleural amarillento-verdoso y serofibrinoso. Existe un aumento evidente del derrame pleural, iniciándose hoy una desviación del corazón hacia la derecha”⁷³⁰.

No obstante, el aparato respiratorio no era el único en recibir la atención y el interés del clínico especializado en tuberculosis. No olvidemos que la Cardiología y la Neumología han ido siempre muy unidas entre sí.

Por ello no es difícil de entender que la exploración cardíaca fuera también meticulosa:

“Límites cardíacos un poco aumentados. Matidez profunda 4 centímetros por fuera de lo normal. La aurícula derecha se presenta por fuera del esternón. Punta en sexto espacio. Se nota por palpación un pequeño trill. Ángulo hepato-cardíaco ligeramente obtuso”⁷³¹.

La descripción del enfermo tuberculoso se correspondía con el estado de gravedad con el que llegaban al Hospital algunos pacientes. Lamentablemente, no pocos de estos enfermos acudían al Hospital buscando lo único que éste les podría proporcionar: una muerte digna. Enfermos demacrados, caquécticos, con palidez extrema y con expectoración abundante y

⁷²⁹ “La exploración ha sido casi análoga a la de días previos”. CHCHR. Historia Clínica nº 5.895

⁷³⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 5895

⁷³¹ CHCHR. Historia Clínica nº 806

mucopurulenta. Fue una etapa difícil para el personal sanitario que atendía a estos enfermos. Poco se podría hacer en muchos casos en los que la enfermedad se convertía en un largo tormento para quien la padecía. El dolor se unía al obligado aislamiento para evitar el contagio.

Estos enfermos se veían apartados de su entorno familiar y social. De ahí la importancia de resaltar la meritoria labor de los médicos y enfermeras, que día a día trabajaban junto a estos enfermos, procurando sostener y levantar su ánimo, y no pocas veces consolarles y prepararle de cara a su esperada muerte.

No era infrecuente que se atendiera en el Hospital del Rey algún enfermo proveniente de alguna Institución o Asilo para deficientes mentales. En estos Asilos los enfermos de tuberculosis eran trasladados con rapidez a un Hospital para evitar la propagación. En estos enfermos la exploración quedaba marcada por su afectación: “Estado mental de idiocia, los pies en garra en posición varo-equino. Las rodillas juntas. Movimientos atetósicos en los dedos de las manos”⁷³². Poco hay apuntado sobre la auscultación respiratoria, probablemente debido a la falta de colaboración de este tipo de pacientes.

En la evolución recogida en las historias clínicas, las anotaciones clínicas se centran en los sucesos más importantes del día⁷³³. Se aprovecha para anotar los cambios diarios de tratamiento. Pero los cambios del tratamiento generalmente se justifican según la situación clínica del paciente. Ya se verá más adelante, pero es importante recalcar este aspecto de ajustar una determinada terapéutica con una situación clínica que puede cambiar de forma diaria. Quizás aquí culmina la labor médica: interpretar unos signos y síntomas, conjuntarlos con los resultados de las exploraciones complementarias, y proporcionar un tratamiento que se corresponda y ajuste con la situación concreta del enfermo. Es el resumen del buen hacer medicina.

Los casos de tuberculosis diseminada quedaban descritos con todo detalle. Llama la atención la existencia de estos casos tan avanzados, que gracias a la terapéutica antituberculosa hoy en día son realmente infrecuentes:

“En el dorso y a nivel de las primeras vértebras dorsales y últimas cervicales se ve un absceso del tamaño de un puño fluctuante sin hipertermia ni enrojecimiento de piel. A nivel de la última vértebra lumbar a la derecha se hace poco abundante. En la cara

⁷³² CHCHR. Historia Clínica nº 2484

⁷³³“La paciente ha presentado tos accesorial sin gran expectoración que interpretamos como tos pleural” CHCHR. Historia Clínica nº 2484

interna de la nalga derecha se ve una úlcera del tamaño aproximado de una moneda de diez céntimos con los bordes despegados y el fondo necrótico”⁷³⁴.

Lógicamente esta enferma de 29 años, falleció a las pocas semanas. Esta descarnada nota clínica refleja con objetividad la gravedad de la situación. La estancia de esta paciente en el Hospital no resulta nada fácil, pues se tiene que someter a múltiples drenajes del absceso y hacer frente al dolor que su situación trae consigo:

“Hoy se realiza punción del absceso que tiene en región cérvico-dorsal y se extrae 150 centímetros cúbicos, saliendo un líquido color amarillo claro, espeso e inodoro. Se vuelve a vaciar el absceso de la región cervical extrayéndose 90 centímetros cúbicos de pus. Se vuelve a pinchar el absceso frío y salen dos centímetros cúbicos de líquido de color amarillo transparente. Aparece un nuevo absceso frío en axila izquierda. Comienza con hemoptisis franca. A la auscultación se objetivan crepitantes con la tos en hemitórax derecho. Algún crepitante en zona interescapular izquierdo”.

En el curso clínico aparece la exploración física detallada día a día. Es como si los clínicos no quisieran que ningún detalle de esta pobre enferma quedara sin detallarse en la Historia:

“Auscultando se percibe tipo respiratorio vesicular en general poco intenso, más atenuado sobre todo en lado derecho y ligeramente granular en vértice izquierdo. A la percusión, sonoridad menos profunda y amplia de lo normal. Le aparecen abscesos fríos a nivel de segunda y tercera vértebra dorsales. Al mismo tiempo se percibe la presencia de un absceso ulcerado en la parte interna de la nalga derecha, de aspecto tupido, muy doloroso en la porción de Isquion derecho. Se le presenta una infiltración cutánea de aspecto apergaminado sembrada de elevaciones duras que le dan aspecto plomado con idénticas características que en las manos”.

⁷³⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

En definitiva, en esta enferma es como estar realizando una enumeración temporal de los pasos que poco a poco agravan su situación clínica y que la llevan en último término al fallecimiento:

“Después de la tos se despierta especialmente en la espalda y plano lateral una tempestad de crepitaciones un poco desiguales en tamaño. Con respecto al último examen no se nota ninguna modificación favorable, más bien parecen acentuarse los signos y síntomas propios de su enfermedad”.

Parece traducirse en este último comentario un suspiro de desesperanza por parte del médico a cargo de la paciente. No es para menos, pues a pesar de haber tenido múltiples padecimientos, la paciente no sólo no mejora, sino que poco a poco sucumbe a su enfermedad, la tuberculosis.

No era raro que determinados pacientes tuberculosos tuvieran estancias hospitalarias prolongadas, en ocasiones de años de duración. Hemos encontrado casos como el de un paciente que ingresó en mayo de 1.926 y falleció en el Hospital en junio de 1.929.

En estos casos, la historia clínica y el seguimiento clínico se reducían y simplificaban, adaptándose a la situación clínica del paciente: las temporadas en las que no se producían cambios en su estado clínico apenas existen comentarios; en cambio se detalla con profusión los cambios clínicos de interés.

Probablemente este tipo de pacientes tendría un régimen especial diferente al resto de enfermos agudos o con estancias cortas. Con gran seguridad su situación se asemejaría a la de los Asilados en Residencias de larga estancias u Orfanatos. Esto queda demostrado por la existencia de unas Hojas periódicas de exploración clínica, en la que el enfermo era visitado cada trimestre. Es decir, un enfermo del Hospital, era trasladado a la consulta de un médico centro del propio Hospital para cumplimentar un seguimiento periódico (Fig. 11).

Estas hojas de exploraciones periódicas, contaban con los siguientes apartados:

“Nombre del enfermo. Fecha de la exploración y Doctor responsable de la exploración. Síntomas referidos por el paciente durante el período estudiado. Examen físico, con los siguientes apartados: Tórax, forma y dimensiones, tipo de de

respiración, expansión, retracciones, atrofas musculares, puntos dolorosos espontáneos, puntos dolorosos a la presión, percusión, auscultación, radioscopia, radiografía, juicio clínico sobre la marcha del paciente, y por último, el tratamiento indicado”⁷³⁵.

Esta hoja de exploraciones incluía por supuesto un gráfico de representación pulmonar para poder incluir los hallazgos de la auscultación respiratoria. Lo más importante de estas visitas periódicas era el juicio que se sugería sobre la situación actual del enfermo⁷³⁶.

⁷³⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

⁷³⁶“Las múltiples manifestaciones osteo-articulares que desde larga fecha ha venido teniendo este enfermo parecen completamente inactivas desde hace más de un año. No se comprueba ningún signo local ni general de actividad tuberculosa pulmonar. Se propone el alta Hospitalaria”. CHCHR. Historia Clínica nº 1038

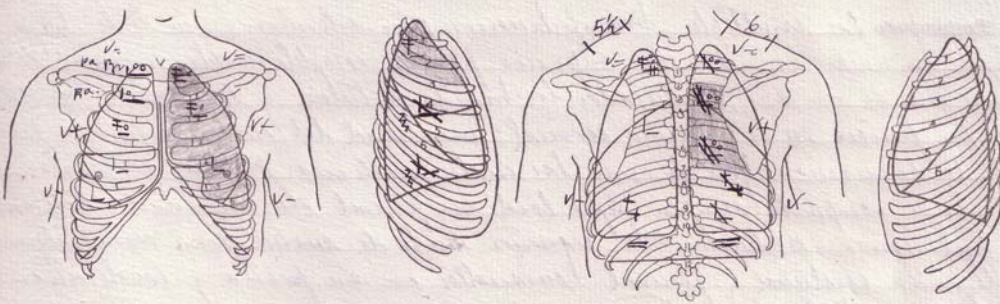
HOJA DE EXPLORACIONES PERIÓDICAS

Lopez

Enfermo Caruen Marcos Historia núm. _____

Examen del día 17 de Julio de 1928

Síntomas de la exploración general Poco apetito. Sin trastorno digestivo ni intestinal. Sin tos ni expectoración. Sueño bien. No cista carapaceo. No tiene sudores nocturnos. No tiene fatiga. piel coloración normal. Uñas rotas. Frecuencia: No hay. Peso 58'700 Dinamómetro 25-17-5 Esfigmómetro 2120



EXAMEN FÍSICO.—Torax, Forma Normal **dimensiones** 80-40-40

Tipo de respiración costal **expansión** bueno e igual en ambos lados

Retracciones de pecho clavicular de ambos lados **atrofias musculares, edemas, etc., etc.** No hay atrofia. Ligeru micosemia en pared anterior

Puntos dolorosos espontáneos No hay

Puntos dolorosos a la presión No hay

Percusión

Auscultación ausencia de ruidos a la tos. Líden: idem en plano posterior en inspiración profunda se oye en la zona subclavicular, disminución y en la de ruidos normal y ruidos respectivamente.

Fig. 11. Hoja de exploraciones periódicas de un enfermo tuberculoso correspondiente a 1928.

Es decir, la importancia de estas visitas era tal que no sólo suplía las visitas diarias al enfermo, sino que en ellos se decidía el futuro inmediato del paciente. De todos modos, no siempre que se decidiera el alta Hospitalaria ésta podría cumplirse probablemente debido a la situación personal del enfermo, apoyo familiar, posesión de vivienda, etc. Es evidente que este método de atención no era lo más adecuado para un Hospital de Infecciosos agudos, pero quizás por la escasez de personal médico, en las épocas de desbordamiento asistencial era necesario recurrir a estos métodos.

En determinados pacientes con afectación laríngea tuberculosa, consta la exploración por parte del especialista en Otorrinolaringología: “Visitado por el especialista, Dr. Molina, que objetiva infiltración de bandas, ulceración e infiltración de cuerdas vocales”⁷³⁷. En otras ocasiones, la visita del especialista en Otorrinolaringología queda patente por lo exhaustivo de la exploración anotada⁷³⁸.

La hemoptisis puede considerarse como uno de los signos más característicos de la tuberculosis y queda objetivada en múltiples historias clínicas. Se describe como emisión de sangre con la tos. Además de lo peligroso que resultaba para la vida del paciente, pues podía obstruir la vía aérea, tenía un peligro sobreañadido por el riesgo de contagio para los médicos y resto del personal sanitario que se encargaban de la atención del paciente. La hemoptisis estaba generalmente relacionada con la existencia de cavernas pulmonares que dejaban expuestos vasos pulmonares los cuales podían romperse causando la temible hemorragia. En las notas clínicas era descrita según la cantidad de la sangre emitida⁷³⁹.

Existe otro signo de tuberculosis insistentemente apuntado por los profesionales sanitarios, y es la existencia de adenopatías o ganglios linfáticos aumentados de tamaño y de forma diseminada en forma de poliadenias, que se describen según tamaño y consistencia. Así se describen adenopatías en forma de perdigones, guisantes, almendras, etc.


En la época de la Guerra Civil, se observan enfermos que son trasladados del Frente. Entre los cursos clínicos del Hospital del Rey, figuran hojas clínicas pertenecientes en Sanidad militar correspondientes a la atención clínica recibida en el Frente. Como puede adivinarse estas hojas son concisas y sencillas. Consta la filiación del paciente y una división con tres apartados muy directos:

⁷³⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 19.835

⁷³⁸ “Faringitis catarral, ligera infiltración de aritenoides, otitis adhesiva. Tratamiento: reposo de la voz”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.810

⁷³⁹ “Hemoptisis presente pero de escasa cantidad. Hoy el enfermo ha presentado tos en bocanada precedida de incesante tos”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.826

¿Qué tiene? ¿Desde cuándo?, y Enfermedad actual⁷⁴⁰ (Fig. 12).


DUPLICADO

Núm. _____

HOSPITAL DE SANIDAD MILITAR N.º 20.

Historia núm. _____ Sala 9 Cama núm. 23

DIAGNÓSTICO Fiebre tifoidea

Nombre: JUAN PIGAZO CASTILLEJO

Edad: 25 Estado: soltero Natural de El Peral (Cuenca)

Domicilio habitual: en el pueblo Profesión: labrador

Fecha de ingreso: 3-6-38 Procedencia: Hortaleza (Cuartel)

¿Qué tiene? Dolor de vientre y fuertes dolores de cabeza

¿Desde cuándo? Hace 8 días que se encuentra enfermo.

Enfermedad actual: _____

⁷⁴⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 19.726

Fig. 12. Hoja clínica pertenecientes a Sanidad militar correspondientes a la atención clínica recibida en el Frente de un enfermo trasladado al Hospital del Rey en 1938.

También en el propio curso clínico del Hospital del Rey se anota el traslado de los enfermos-soldados a otras Instituciones sanitarias militares⁷⁴¹.

Suponemos que los traslados a otros Hospitales o Instituciones tienen que ver en muchas ocasiones con falta de espacio y de camas. Ya se ha comentado, que uno de los peligros que acechaba al Hospital del Rey era convertirse en un Hospital de Crónicos. Su función como Hospital de Agudos no era fácilmente defendible, puesto que muchas enfermedades atendidas tardaban muchos meses en curarse y otras eran simplemente incurables en aquella época. Una vez alcanzada la mejoría lo más recomendable era proceder al alta médica. No olvidemos que el Hospital del Rey no era precisamente un ambiente higiénico y saludable. Era un lugar lleno de enfermos infecciosos potencialmente contagiosos. Así podemos leer una nota que aconseja un alta de un enfermo:

“Al ingreso aparte de sus lesiones duras apicales, tenía una imagen infiltrativa basal que desapareció completamente en medio mes (infiltrado no específico fugaz) (sic). Actualmente, es un fibroso apical sin actividad y por tanto opinamos que un ambiente poco bacilar e higiénico será el más adecuado”⁷⁴².

En el estudio de la evolución del enfermo tuberculoso cobra una importancia notoria el estado general del paciente, y más concretamente el peso. La tuberculosis llevaba consigo una depauperación progresiva del paciente, en forma de emaciación o caquexia. Por lo tanto un paciente que se alejaba de esta situación ganando peso, era señal cierta de curación al menos parcial. De ahí que en las gráficas de constantes clínicas el peso es un dato que se recoge de forma diaria⁷⁴³.

En ocasiones, a pesar de que se intentaban evitar, surgían las infecciones adquiridas en el Hospital, también llamadas nosocomiales⁷⁴⁴. Lógicamente, estas infecciones se intentaban

⁷⁴¹ “El paciente tiene muy buen estado general, por lo que se propone su traslado al Goloso”.

CHCHR. Historia Clínica nº 18.726

⁷⁴² CHCHR. Historia Clínica nº 18.267

⁷⁴³ “Ha ganado desde su ingreso 9 Kg. de peso”. CHCHR. Historia Clínica nº 18.267; 19.827

⁷⁴⁴ Así podemos leer en una de las Historias: “Se aconseja fricción general de antiséptico militar”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.827.

atajar con todos los medios disponibles, uno de ellos era el traslado de pabellones, aislando o reuniendo pacientes con determinadas patologías⁷⁴⁵.

En la evolución de los pacientes se refleja con fidelidad el agravamiento de los mismos. Podemos leer la historia clínica de un paciente que falleció ese mismo día:

“Exploración del aparato nervioso: Hay carácter triste, le molestan los ruidos, sueño intranquilo, con disminución del peso corporal y fuerza muscular, dificultad para movilizar las extremidades inferiores, cefalea casi continua, diaforesis profusa. Extraordinaria palidez general. Sentado en la cama con intensa diarrea, malestar y ansiedad. En el aparato respiratorio se observa ligero tiraje. Respiración costal impresiona de dificultad. Vientre abombado y ligeramente doloroso. En la percusión del tórax existe una matidez de todo el lado derecho. Fuerte espiración prolongada. Chasquidos diseminados. Roncus y crepitantes en lado izquierdo. Corazón normal. Vientre tenso. Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio”⁷⁴⁶.

Se puede adivinar un fallo multiorgánico en las horas que precedieron al fallecimiento del paciente.

De lo dicho hasta ahora se puede deducir la importancia y valor que los médicos del Hospital del Rey concedían a la anamnesis. Un punto clave de la Historia es la descripción detallada de los signos encontrados en la exploración física, dirigiendo la atención a los signos clínicos más relevantes. De todo ello se puede deducir la presencia de una fuerte medicalización en la relación médico-paciente en aquella época.

2.3.3.7 Las exploraciones complementarias.

La tuberculosis Pulmonar tenía como exploración complementaria principal la radiología y más concretamente la radioscopia. No sólo constituía un método de diagnóstico cuando se realizaba por primera vez, sino que permitía realizar un seguimiento del enfermo, a veces incluso diario. La imagen obtenida por radioscopia muchas veces era trasladada al curso clínico de forma esquemática por el propio médico.

⁷⁴⁵“Una vez dadas las tres fricciones diarias y baño consecutivo se le vuelve a trasladar al Pabellón III, no teniendo ya molestias ni picores”. CHCHR.

⁷⁴⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 126

Así ponemos como ejemplo un enfermo que ingresó el 23 de mayo de 1938. Se le practicó exploración radioscópica el 24 de Mayo, el 7 de Julio, el 9 de Agosto, el 10 de Septiembre, el 3 de Octubre y el 2 de Enero de 1.939⁷⁴⁷. En la primera radioscopia de objetiva un infiltrado en base izquierda acompañado de una ocupación apical izquierda. Se va comprobando la resolución progresiva de la ocupación: “La sombra que presentaba en base izquierda ha desaparecido sin dejar parálisis del diafragma ni oclusión del seno”⁷⁴⁸. En la exploración previa al alta se concreta: “la radioscopia ha mejorado mucho, apreciándose sólo una imagen fibrosa apical en lado izquierdo. En lado derecho apenas se percibe alteración” (Fig. 13). Esta referencia sobre el alta médica del paciente y la mejoría radioscópica del paciente es importante pues lleva a preguntarnos qué factor es el más importante a la hora de decidir el alta médica de un enfermo. En la mayoría de las historias consultadas, la mejoría clínica es el dato fundamental. De hecho, se anota en la primera página junto al diagnóstico de entrada, el motivo del alta que en muchos casos es el alivio o curación clínica. Sin embargo, no deja de ser importante la existencia de casos como el citado en el que los datos radiológicos constituyen lo fundamental a la hora de tomar decisiones clínicas como el alta hospitalaria.

⁷⁴⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 18.267

⁷⁴⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 18.267

derrame pleural. Eran los dos pivotes, complementarios y necesarios, sobre los que se hacía un correcto seguimiento clínico.

A diferencia de la radiografía convencional, la radioscopia no generaba una copia material de la imagen obtenida. Por este motivo, no es infrecuente encontrar en el curso clínico de las historias o dibujos de la radioscopia. Eran pequeños rectángulos de papel pegados a la propia historia clínica. A veces, se hacía un pequeño comentario de la imagen pegada, pero lo más frecuente era dejar escrita la auscultación respiratoria que evidentemente coincidía con la imagen. Se evidencia así la correlación clínico-radiológica.

Y esta correlación puede entenderse mejor con la aparición de los gráficos de auscultación respiratoria que suponen un paso más en la objetivación de la afectación tuberculosa pulmonar es. Es decir, el clínico ya no se conforma con describir su auscultación respiratoria, sino que la deja reflejada de forma gráfica sobre un dibujo esquemático del aparato respiratorio en sus distintas posiciones (anterior, posterior, lateral izquierda y lateral derecha). De esta manera se puede comparar ambos gráficos: el aportado por la radioscopia y el de la auscultación respiratoria.

No obstante, cuando los cambios observados en la radioscopia son llamativos, se describen convenientemente:

“Tuberculosis ulcerosa bilateral visualizándose una gran cavidad izquierda, rodeada de fuerte aro fibroso. Existe una retracción mediastínica y pleuritis con sínfisis del seno. Cavidades vacías en el lóbulo superior derecho y deformidades del diafragma como huellas de antigua pleuritis”⁷⁴⁹.

Es evidente que la radioscopia supuso un gran avance y una herramienta imprescindibles para los profesionales que se dedicaban a la tuberculosis. Como contrapartida, apareció años después la catastrófica radiodermitis en alguno de estos médicos sufrida por el exceso de radiación sufrida sobre todo en las manos expuestas de una manera repetida ante la pantalla de radioscopia.

Desgraciadamente, no existían en aquella época conocimientos suficientes, ni eran frecuentes los protectores de plomo, ni por supuesto los indicadores de la radiación recibida usados en cualquier servicio de Radiología en la actualidad. Insistimos una vez más en la

ingente labor llevada a cabo por estos profesionales, con la escasez de medios con la que contaban. Cubrieron una época de la Sanidad Española y sacaron adelante muchos pacientes aportando en muchos casos como única herramienta la propia profesionalidad y el buen hacer médicos.

En las descripciones de la radioscopia se utilizan términos muy gráficos propios de la medicina de la época: “Se visualiza inicio de formación de algunas destrucciones netas rodeadas de halo infiltrativo, teniendo además todo el pulmón pequeñas destrucciones en miga de pan que lo invade todo”⁷⁵⁰. Descripciones de este tipo usando términos propios de alimentos, también se emplean con profusión en la terminología anatomopatológica⁷⁵¹.

Con el transcurso de los años, los profesionales se van familiarizando con los patrones radiológicos típicos que seguía la tuberculosis Pulmonar: “tuberculosis hematógena bilateral multicavitaria. Las lesiones destructivas y nodulares son tenues, sin reacción perifocal adyacente y difícilmente delimitables”⁷⁵². Es decir, se empieza a delimitar con claridad una fase de la tuberculosis en la que la reacción inmune del propio paciente frente al bacilo de Koch es mínima o ausente. Frente a esta fase bien definida, se sitúa la etapa cavitaria, consecuencia de una hiperactividad del huésped que conlleva la formación de abscesos caseiformes con necrosis central, que tras ser evacuada permite la formación de las clásicas cavernas tuberculosas.

Sabemos que algunos de estos conocimientos fueron adquiridos por los propios médicos del Hospital del Rey con estancias en el extranjero, fundamentalmente Alemania y Estados Unidos. Tan es así, que en algunos aspectos se puede decir que determinados conceptos sobre la tuberculosis fueron introducidos en España por profesionales del Hospital del Rey. Esto se refleja en la traducción de tratados clásicos sobre la tuberculosis publicados originariamente en los países en los que estuvieron estos médicos.

La radioscopia por lo general no era una exploración practicada en el momento del ingreso. Como ya hemos comentado en otras enfermedades, los enfermos que ingresaban eran atendidos en una primera instancia por el médico de guardia a quien correspondía la clasificación de dicho paciente en una determinada patología. Posteriormente anotaba las exploraciones que recomendaba realizar a dicho paciente, y se trasladaba al pabellón correspondiente. Allí, al día siguiente era asumido por el clínico encargado del pabellón

⁷⁴⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 19.811.

⁷⁵⁰ “Se aprecia aumento de la imagen bronconeumónica y destrucciones pequeñas cavitarias múltiples con gran imagen en miga de pan”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.826

⁷⁵¹ “Hígado en nuez moscada, pleuritis fibrosa en pan con mantequilla, etc.”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.826

⁷⁵² CHCHR. Historia Clínica nº 19.835

asignado. Era entonces cuando se realizaba la radioscopia. Por lo tanto, se puede considerar que esta prueba no era realizada ni se consideraba urgente.

En los primeros años de funcionamiento del Hospital se objetiva una menor realización de pruebas de imagen, y cuando constan son radiografías. Esto podría deberse simplemente a que en los primeros tiempos del Hospital no se había adquirido todavía el aparato de radioscopia. Por otra parte, la radiografía como tal se reservaba a aquellos casos en los que se consideraba imprescindible su realización. Comprobamos así la evidente evolución de una Institución Hospitalaria, en la que se pasa en apenas dos años de no hacer prácticamente pruebas de imagen a realizar radioscopias seriadas que permiten la evolución del paciente prácticamente semanal.

Las escasas copias en papel que disponemos de las radioscopias, evidencian la realización de una buena técnica para visualizar vértices pulmonares, que habitualmente quedan solapados en las proyecciones convencionales. Esta proyección es de vital importancia para descartar afectación del ápex pulmonar por la tuberculosis. Cabe preguntarse quién colocaba a los pacientes en la postura adecuada (hiperlordosis, en este caso). Suponemos que el médico encargado de las exploraciones radiológicas adiestraría en los conocimientos necesarios al técnico o mozo asistente.

La importancia de la utilización de la radioscopia se empieza a comprender cuando parte de la clasificación de la tuberculosis se basa en los distintos patrones que adopta la enfermedad en la radioscopia. Así podemos leer la progresiva utilización de diagnósticos basados en la radioscopia: “Complejo primario, infiltración secundaria, infiltración primaria”⁷⁵³.

Vemos también la mayor seguridad en la descripción de las imágenes radioscópias conforme van pasando los años; se utilizan proyecciones específicas para visualizar mejor mediastino o determinadas estructuras del aparato respiratorio⁷⁵⁴:

“Las lesiones derechas no sólo se limitan a una cisuritis, sino que debajo de la misma existe una zona de siembra nodular. En lado izquierdo y en el espacio intercleido-

⁷⁵³ CHCHR. Historia Clínica nº 19.827

⁷⁵⁴ “Disminuye algo la infiltración, tanto en intensidad como en extensión. En proyección oblicua anterior derecha se continúa visualizando la oclusión mediastínica. Se percibe banda de pleura mediastínica derecha”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.827

-“Imagen ganglionar izquierda yuxtahiliar con opacificación del mediastino posterior en oblicua anterior derecha. Infiltración yuxt ganglionar en regresión”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.827

-“Tuberculosis cavitaria, exudativa, con lesión grande intercleido hiliar derecha”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.810

hiliar, existe un intenso refuerzo de dibujo con zonas exudativas entre los tractos y la siembra nodular”.

La implicación de la clínica y la utilización de la radioscopia como elementos diagnósticos en la tuberculosis hace posible que el médico realice una aproximación clínico-radiológica de forma conjunta, lo que permite desde luego la realización de diagnósticos más complejos y exactos.

Describimos por tanto, un hospital en el que se empieza a disponer de una técnica imprescindible para tratar con enfermos con patología pulmonar. Pero el disponer de un aparato por sí solo no basta, es necesario un aprendizaje, un conocimiento para hacer un uso adecuado de la técnica y que de esta manera pueda rendir todas sus posibilidades. Es decir, es absolutamente necesaria la implicación del profesional sanitario en la progresiva incorporación de los avances técnicos en su quehacer habitual. Sólo de esa manera se convierten en adecuados instrumentos de diagnóstico, pues quedan asumidos por el facultativo como herramientas del quehacer médico y como tales empiezan a formar parte del engranaje usado para llegar al diagnóstico de enfermedades. La técnica es útil en cuanto presta un apoyo al médico en su quehacer diario. Si la técnica pierde su papel auxiliar, relegando al médico a un segundo escalón, es cuando se cae en una medicina excesivamente tecnificada o deshumanizada.

Es así como se entiende que la dualidad tecnología-ciencia médica adquiera una importancia crucial, que irá creciendo conforme ambos polos de la dualidad (tecnología-ciencia médica) sigan creciendo. Esto puede comprobarse en nuestros días donde modernísimos aparatos de Resonancia magnética de nada servirían sin la adecuada preparación de un profesional sanitario que sepa interpretar sus resultados.

Si hemos descrito la radiografía/radioscopia como la exploración príncips en la tuberculosis, no podemos menospreciar el análisis microbiológico de la existencia del bacilo de Koch. El profesional trata de objetivar la existencia de microorganismo responsable del proceso patológico visualizado mediante radiología. Estas determinaciones se realizan desde el principio de la existencia del Hospital. Así tenemos un análisis del esputo de septiembre de 1.925: “Se encuentran bacilos de Koch cortos, granulados en número de seis por campo”⁷⁵⁵.

⁷⁵⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 19.811

En cuanto a la rapidez de obtención del cultivo del *Micobacterium*, en el enfermo citado, que ingresa con fecha 25 de Mayo de 1.925, el primer resultado positivo se obtiene en Julio de 1.925. Esto tiene una gran importancia pues los enfermos tuberculosos potencialmente contagiosos, son aquellos que continúan siendo bacilíferos. Para ello es necesario comprobar microbiológicamente la persistencia de la presencia del Bacilo en esputo. Con estas estancias de tiempo tan largas podemos suponer que el aislamiento del enfermo, se prolongaría durante meses, que supondrían una incomunicación con la propia familia y en definitiva, soledad.

Esta soledad queda comentada a propósito del análisis Microbiológico por una sencilla razón: mientras el paciente fuera bacilífero, debía permanecer aislado de la sociedad. Es decir, el régimen sanatorial quedaba condicionado por el resultado microbiológico del paciente.

Sin caer en el dramatismo, podemos imaginar la terrible situación de los enfermos afectados de tuberculosis Pulmonar. Esperaban durante meses la resolución poco probable de su enfermedad. Postrados en camastros y rodeados de enfermos incurables que como ellos mismos padecían horribles hemoptisis, comprobaban su progresivo adelgazamiento hasta llegar a la tisis avanzada, y como único remedio muchas veces se le ponían bolsas de hielo en el pecho y en su boca. Evidentemente no podemos situarnos en el interior de sus pensamientos, pues es muy diferente describir una situación a padecerla. Creo que muy por encima del dolor y del padecimiento físico, estos enfermos sufrían una terrible soledad y aislamiento. Y esto también fuera del ambiente hospitalario, una vez que se aliviaba su enfermedad, pues no olvidemos que en la época de la que estamos hablando el tuberculoso era como un apestado que perdía el trabajo y las amistades.

Quizás el consuelo humano de estos enfermos estaba presente en el personal sanitario que los atendía. Venciendo el miedo al contagio, estos profesionales trataban al tuberculoso como un enfermo, pero manteniendo su auténtica dimensión de persona. Es lógico pensar que muchos de los jóvenes, enfermos que fallecieron a causa de esta enfermedad, no vieron más que las paredes del Hospital del Rey como terrible escenario del fin de sus días, pero cálidamente iluminadas por profesionales que ponían su vida y su propia persona al servicio de los enfermos. Esta es la riqueza de la medicina de aquella época, mucho más difícil de entrever en la medicina actual perdida en la ingente selva que supone la tecnología actual.

Volviendo a la determinación de bacilos de Koch, el esputo (Fig. 14) no era el único líquido corporal analizado. Constan análisis de líquido pleural. La presencia del bacilo era

mucho más difícil de objetivarse en este tipo de líquidos y raramente era positivo. También se analiza pus de abscesos cutáneos o subcutáneos.

¿Cuál era la frecuencia de determinación del bacilo de Koch en el esputo? Variaba mucho según cada paciente analizado. Es evidente que la duración del ingreso influía en el número total de muestras analizadas. Por ejemplo, un enfermo que ingresó el 4 de Marzo de 1.926 y que estuvo en el Hospital hasta el 24 de Junio de 1.926, presentó seis determinaciones de la Micobacteria en el esputo, es decir, prácticamente una determinación por semana⁷⁵⁶.

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

Observación número 290
Enfermo Pallaris
Pabellón 1^o piso 153 cama 3

ANÁLISIS DE Esputos
Se ven escasos b. de K
cortos y granulosos

Observaciones

Chamartín, 1^o de Julio de 1926

Fig. 14. Petición de laboratorio para la determinación de Bacilo de Koch en esputo correspondiente a 1926.

En este enfermo, en concreto, no se visualizó ningún bacilo de Koch en las múltiples determinaciones. El diagnóstico clínico, no obstante, no varió. La historia clínica, la explosión física y la imagen radioscópica bastaron para hacer un diagnóstico de tuberculosis Pulmonar. Aunque esta enfermedad era lo suficientemente típica como para llegar a su

⁷⁵⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 806

diagnóstico a través de la clínica, siempre podían producirse errores diagnósticos. El error provocaba que el enfermo que era clasificado como tuberculoso sin serlo, pasara a la sala a convivir en un ambiente claramente bacilífero con otros enfermos tuberculosos. De ahí la importancia de corroborar adecuadamente el diagnóstico.

En muchos enfermos la cantidad de esputos era minuciosamente recogida y anotada de forma diaria: “A las tres de la mañana se despierta con acceso de tos y expectoración, siendo la cantidad de esputos arrojada de 125 centímetros cúbicos”⁷⁵⁷. En determinados casos, tal cantidad de expectoración va asociada con una situación claramente terminal: “Ayer por la tarde repitió un cuadro de tos con expectoración abundante en cantidad de 120 centímetros cúbicos, con disnea y cianosis. El paciente fallece a las 7.00h de la tarde”⁷⁵⁸.

En alguna de las determinaciones del bacilo de Koch se determina la técnica (Ziehl), y se cuantifica el número de bacilos por campo. A veces se relatan los problemas técnicos: “No se ven bacilos de Koch. En fondo de la preparación está constituido por dedos de moco que dificultan la visión”.

Para la visualización microbiológica del bacilo de Koch se usan diferentes técnicas ya en 1.925: “No se ven bacilos de Koch ni por la coloración corriente de Ziehl ni por homogeneización con el método Lorenz”⁷⁵⁹. En ocasiones, las técnicas más sencillas describen el diagnóstico: “En las extensiones tratadas por la técnica de Ziehl-Nielsen no se observan bacilos de Koch. En las teñidas con el método de Gram se ven micrococcos Gram positivos asociados en forma de diplos y cadenas cortas, así como diplococos Gram negativos de la morfología del Meningococo”⁷⁶⁰. Se determina esta nota con un “¡ajo!” apuntado a mano por el microbiólogo por si el clínico se despista.

Como no podía ser de otra manera alguno de los enfermos tuberculosos tenían determinaciones positivas para otras enfermedades infecciosas; así podemos leer en un paciente tuberculoso: “Análisis de esputo positivo para bacilo de Koch, observándose 10-12 bacilos por campo, con morfología corta y granulosa”. Varios meses más tarde se observa “una reacción de Eberth positiva a 1/20 para Paratífus A”⁷⁶¹. No sabemos si este enfermo se contagió dentro del Hospital sufriendo así una infección nosocomial. Suponemos que en general las Salas de los pabellones estaban clasificadas por patologías evitando el temido contagio intrahospitalario en todo Hospital monográfico de Infecciosos.

⁷⁵⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 1002

⁷⁵⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 1002

⁷⁵⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 4

⁷⁶⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 317

⁷⁶¹ CHCHR. Historia Clínica nº 1002

En ocasiones como ya hemos comentado se practicaban en el enfermo tuberculoso series de determinaciones inmunológicas como Aglutinaciones de Eberth, Paratífus A y B, y Brucela⁷⁶². Esto es lógico si se piensa que el enfermo tuberculoso estaba muchas veces inmunodeprimido y era susceptible de padecer otros procesos infecciosos. Los modelos de cuadrículas de observaciones clínicas, en los que se anotaban las constantes físicas de los enfermos, eran los habituales del Hospital y ya los hemos comentado con ocasión de otras enfermedades estudiadas.

Junto con la determinación de los bacilos de Koch, otra de las pruebas que se realizan y se anotan en las historias clínicas es la cutirreacción con tuberculina: “cutirreacción con tuberculina tenue a las 24h, positiva a las 48h”. Es el famoso Mantoux, realizado actualmente todavía por ser una prueba de enorme sencillez y que proporciona una gran información. Permitía saber si un determinado enfermo ha estado en contacto con el Bacilo de Koch o no. No quiere decir obligatoriamente que una persona esté enferma de tuberculosis. No obstante es una guía imprescindible, sobre todo cuando se logra demostrar un viraje de negativo a positivo en una persona que vive en un ambiente bacilífero. Como leemos en el ejemplo, se tiene que hacer una lectura a las 24 horas y otra definitiva a las 48 horas. La prueba de la cutirreacción con tuberculina era rutinaria desde los primeros años de funcionamiento del Hospital: “Cutirreacción con tuberculina a las 24 horas fuertemente positiva. Intradermorreacción con tuberculina a las 24 horas fuertemente positiva”⁷⁶³. En ocasiones se denomina cutirreacción de Puguét, haciendo la lectura a las 24 y 48 horas⁷⁶⁴.

Como resumen de todo lo dicho hasta aquí, vemos como en torno al enfermo sospechoso de padecer tuberculosis se va organizando todo un conjunto de pruebas diagnósticas, haciendo el diagnóstico lo más ajustado posible. Como primer paso, lógicamente una anamnesis realizada con exhaustividad, una exploración clínica especialmente dirigida al aparato pulmonar; una imagen pulmonar como segundo paso, obtenida a través de un estudio radioscópico o radiográfico; y por último un paso microbiológico, mediante el análisis del esputo para verificar la existencia de la micobacteria, apoyado en otros test como el Mantoux o cutirreacción. Evidentemente, conforme pasen los años y la medicina como ciencia avance, el acercamiento del médico a la tuberculosis con un propósito diagnóstico se hace mediante esquemas mucho más complejos y profundos. Pero hay que hacer notar que el arte médico muchas veces

⁷⁶² CHCHR. Historia Clínica nº 2484, 18.726

⁷⁶³ CHCHR. Historia Clínica nº 5779

⁷⁶⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 18.927

corresponde en proporcionar al enfermo el mejor estado de la ciencia según el momento histórico en el que nos encontremos. Y esto nos consta que se hacía en el Hospital del Rey o, por lo menos, se intentaba hacer por parte de los médicos.

Por lo tanto, y a la luz de estas consideraciones, si la creación de una institución monográfica de Infecciosos como el Hospital del Rey fue tan provechosa para las múltiples epidemias que hubo en la primera mitad del Siglo pasado en Madrid, cabe preguntarse por los motivos que indujeron su desaparición.

Quizás, de forma inadecuada, se pensó con excesivo optimismo en la desaparición de las enfermedades infecciosas. El transcurso de los años nos ha demostrado que no sólo no han desaparecido, sino que han aparecido nuevos agentes no conocidos hasta la fecha como por ejemplo el virus causante del S.I.D.A. Vemos día a día emerger los microorganismos resistentes a numerosos antibióticos y las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, que son frequentísimas. Me pregunto, quizás con demasiada audacia, si no fue demasiado precipitado cerrar estos Hospitales monográficos de Infecciosos. ¿Quién tuvo la ingenuidad de afirmar que las enfermedades infecciosas se habían acabado? Sin caer en el pesimismo, las enfermedades infecciosas serán el caballo de batalla de la medicina actual y la del futuro.

Además de las exploraciones complementarias realizadas específicamente para el diagnóstico de la tuberculosis, al enfermo también se le practicaban análisis rutinarios de orina y sangre. No es lo habitual, pero también se comprueba la realización de hemocultivos utilizando bilis como medio de crecimiento.

El análisis de orina (Fig. 15) junto con la realización del sedimento era realizado de manera repetida durante el ingreso del paciente. No olvidemos que habitualmente se trata de pacientes con estancia hospitalaria prolongada. No es raro que se hagan anotaciones en el análisis de orina del enfermo tísico⁷⁶⁵: “Examen microscópico de orina: leucocitos (escasos), células de la capa superficial y media de la vejiga (epitelio) y algún cristal de Oxalato Cálcico”⁷⁶⁶.

⁷⁶⁵ “Abundantísimo fosfato amónico. Presencia de indicanuria, urobilinuria, células de vejiga y pelvis renal”. CHCHR. Historia Clínica nº 19.811

-“Leucocitos en cantidad considerable, cilindros hialinos, abundantes células y bacterias”. CHCHR. Historia Clínica nº 1002

⁷⁶⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 835

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

OBSERVACIÓN N.º

ENFERMO: *Ant. Fallarín.*

Pabellón *1º* Piso *1º* Sala *D. Núm. 9*

Cantidad	ANÁLISIS DE ORINA	Albumina	<i>N.</i>
Densidad <i>1.016</i>		Glucosa	<i>N.</i>
Color <i>Ambar. sucio</i>		Acetona	<i>N.</i>
Olor		Ácido diacético	<i>N.</i>
Aspecto <i>Opalino</i>		Pigmentos biliares	<i>N.</i>
Reacción		Salas biliares	<i>N.</i>
Dp. macroscópico <i>nula</i>		Urobilina	<i>N.</i>
		Sangre	<i>N.</i>
Materias fijas { Minerales	SEDIMENTO	Reacción de Merlitz-Weiss	<i>N.</i>
Urea <i>13.91.</i>			
Cloruros <i>9.90.</i>	Examen microscópico	Díazo-reacción de Ehrlich	<i>N.</i>
Fosfatos	Investigación bacteriológica		
Ácido úrico <i>0.28.</i>			
Indican <i>N.</i>			

6. Rbr.

Algunos leucocitos.
Bacilos móviles.
Un cilindro granulado.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL HOSPITAL DEL REY

Fig. 15. Petición de análisis de orina de un enfermo tuberculoso.

El riñón es un órgano potencialmente afectado por una tuberculosis Sistémica, pero no constan determinación de bacilo de Koch en orina. Algunas veces sólo se describe “presencia de abundantes bacterias móviles y algún leucocito”⁷⁶⁷. Evidentemente, no corresponden a bacilos de Koch. Existen también determinaciones de investigación bacilos cópica en contenido gástrico⁷⁶⁸.

En la analítica rutinaria de sangre se utiliza el impreso habitual del Hospital del Rey. Se determina habitualmente el número total de leucocitos, así como la fórmula leucocitaria. Se detalla también el número de hematíes y el valor de la hemoglobina del paciente. Por otra parte, la determinación rutinaria de urea, velocidad de sedimentación y tiempo de coagulación, se realizan también en el enfermo tísico⁷⁶⁹. Es evidente que como cualquier enfermedad sistémica, la tuberculosis requiere la determinación periódica de todos estos parámetros. Por ejemplo, un paciente con hemoptisis repetida requiere un cuidadoso seguimiento del valor de la hemoglobina.

Un parámetro realizado con relativa frecuencia en orina es la determinación de la eliminación de Sulfofenoftaleína, que se comprueba a la hora y diez minutos y se expresa en

⁷⁶⁷ CHCHR. Historia Clínica n.º 1038

⁷⁶⁸ CHCHR. Historia Clínica n.º 19.827

⁷⁶⁹ CHCHR. Historia Clínica n.º 5779

tanto por ciento⁷⁷⁰. Este análisis se realiza en los primeros años de funcionamiento del hospital, para después ir abandonándose de forma progresiva.

En enfermos con tuberculosis diseminada en los que se sospecha una afectación del sistema nervioso central en forma de meningitis por la presencia de cefalea, fotobia o tendencia a la somnolencia, se realiza punción lumbar, con posterior análisis del Líquido Cefalorraquídeo. Se llega así al diagnóstico de tuberculosis generalizada con meningitis final, que conducía irremediablemente a la defunción, o si se lograba sobrevivir era a costa de numerosas secuelas.

Por último, y consecuencia directa de la alta proporción de fallecidos, la última exploración complementaria realizada a muchos enfermos era la autopsia. Método absolutamente imprescindible por otra parte para comprobar la extensión sistemática de la enfermedad. La autopsia número 85 corresponde al mes de Julio de 1926⁷⁷¹.

A través de una Historia clínica podemos acceder al informe de una autopsia realizada el 5 de Mayo de 1.925⁷⁷²:

“Autopsia del tórax: Hay cierta cantidad de líquido en las pleuras. La derecha muy adherida al tórax formando un gran engrosamiento con numerosos puntos caseosos del tamaño de monedas de 5 centímetros. El pulmón congestivo y con algunos tubérculos diseminados. En el pulmón izquierdo los tubérculos son más numerosos, pero las lesiones de las serosas no tan intensas. En el pericardio hay una colección de líquido de color amarillo ambarino.

Autopsia del vientre: el gran epiploon muy engrosado, amigado y adherido, en porción inferior asimismo. Está sembrado de tuberculomas. Hay una gran cantidad de líquido en peritoneo de color amarillo claro. Los intestinos normales. El hígado con una intensa perihepatitis, con degeneración grasa y algún tuberculoma. Bazo con periesplenitis y al corte muy oscuro el barro esplénico, los riñones decapsulan bien y se ven algunos tubérculos en su superficie”.

En el año 1.926, es decir casi recién comenzada la andadura del Hospital, los informes de los análisis procedentes del laboratorio del Hospital van firmados por Pérez Pardo. Poco después se hace cargo del laboratorio el Dr. Jiménez. Desconocemos si el Sr. Pérez Pardo es

⁷⁷⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 806

⁷⁷¹ CHCHR. Historia Clínica nº 1002

⁷⁷² CHCHR. Historia Clínica nº 126

el primer médico a cargo del Laboratorio o si es el técnico de Laboratorio que estaba al frente del Laboratorio de forma provisional.

2.3.3.8 La terapéutica de la tuberculosis.

La práctica clínica de la época.

Para acabar este capítulo dedicado a la infección por tuberculosis, dedicamos unos párrafos para saber cuáles eran las líneas de conducta diagnóstica y terapéutica científicamente aceptadas en la época a la que nos hemos referido en nuestro estudio del Hospital del Rey. Para ello nos hemos basado en un Manual de Medicina interna publicado en 1920 bajo la dirección del Doctor Marañón⁷⁷³ y en autores como Sauret o Harper⁷⁷⁴.

El aislamiento y cultivo por R. Koch de los bacilos responsables de la enfermedad entre 1880-1882, hicieron posible que la tisis fuese catalogada definitivamente como enfermedad infecto-contagiosa y se sentaran las bases de la lucha antituberculosa. Sin embargo, el tratamiento de la enfermedad se modificó poco y se siguieron utilizando con escaso resultado medicamentos como el arsénico, el tanino, el yodo, las inhalaciones de alquitrán, a creosota e incluso el alcohol.

Hacia 1860 el alemán Hermann Brehmer inauguró el primer centro para curas de reposo en Göbersdorf con la idea de utilizar el aire puro de las montañas y la sobrealimentación para robustecer a los enfermos. Su discípulo Peter Dettweiler fundó en 1876 utilizó por primera vez el término de sanatorio al fundar un centro en Falkenstein. La cura sanatorial se extendió rápidamente por Europa y América.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento de la tuberculosis, éstas adquirieron tal importancia en la época a la que nos referimos que hubo autores que llegaron a afirmar que la tuberculosis era en el fondo un problema quirúrgico. Fue Forlanini quien en 1888 practicó el primer neumotórax terapéutico, mediante punción con aguja de la cavidad pleural e introducción de nitrógeno. La colapsoterapia se extendió con rapidez ya que favorecía los procesos de cicatrización de una manera sorprendente. El neumotórax constituía el primer método recomendado en el tratamiento de un enfermo con cavernas pulmonares. En caso de fracaso debido a adherencias pleurales se complementaba el proceso

⁷⁷³ HERNANDO, T., MARAÑÓN, G., et al., *Manual de Medicina interna. Tomo III. Enfermedades de las glándulas de secreción interna de la sangre, de la nutrición, infecciosas y parasitarias; avitaminosis, cáncer*. Madrid: Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

⁷⁷⁴ HARPER, F., Indicaciones de la colapsoterapia en la tuberculosis pulmonar, *Southwestern Medicine*, Pág. 170, 1937.

con la neumolisis intrapleural. También se utilizaba la interrupción o el bloqueo temporal del nervio frénico, y a veces conjuntamente con el neumotórax. Si tras estos procedimientos, el enfermo no mejoraba se recomendaba la utilización de la toracoplastia. Sobre todo se usaba de entrada en algunos casos, cuando las cavernas son grandes y de paredes espesa con mucha fibrosis.

En 1907, Friedrich practicó las primeras toracoplastias con extensa resecciones costales, aunque a expensas de alteraciones graves de la estructura torácica y elevada mortalidad. En los años siguientes la técnica se fue depurando poco a poco y se hizo menos agresiva al comprobarse que las toracoplastias parciales conseguían los mismos resultados.

En cuanto a la inmunización, hay que reseñar que en 1920 Calmette y Guérin consiguieron una especie bacilar de origen bovino y de escasa virulencia capaz de desarrollar cierto grado de inmunidad activa frente a la tuberculosis. La vacuna BCG pese a su amplia difusión, pasó pronto a un segundo término ante el poderoso impacto de la quimioterapia moderna. A los pocos años del descubrimiento de la Penicilina (1929), Waksman comprobó que hongos del género *Streptomyces griseus* inhibían el crecimiento de los cultivos de *M. tuberculosis* merced a una sustancia que denominó estreptomicina, cuya producción industrial masiva a partir de 1946 hizo posible el inicio de la quimioterapia eficaz contra la tuberculosis. A pesar de que pronto se descubrió que la estreptomicina no era el fármaco milagroso que se creía, constituyó el inicio del cambio radical en la forma de tratar una enfermedad como la tuberculosis.

La práctica clínica en el Hospital del Rey.

Como ya hemos comentado en otros apartados, una parte fundamental de la terapéutica se considera la alimentación y nutrición del enfermo. Tanto es así que la hoja terapéutica se denomina: “Hoja de alimentación y medicación”. Este aspecto cobra una importancia mayor si cabe en una enfermedad cuyo resultado es la emaciación progresiva del enfermo, conduciendo a la caquexia o tisis tan asociada a esta condición. Todos hemos leído en la literatura del siglo pasado, las clásicas descripciones del enfermo pálido, demacrado y con una delgadez enfermiza.

Todo esto contribuye a considerar como factor de gran importancia en la lucha contra la tuberculosis la dieta del paciente. En esta dieta, además de la ingesta calórica, se da una gran relevancia a los productos lácteos y en concreto a la leche⁷⁷⁵.

Llama la atención la ausencia de desayuno, que quizás está en relación con los accesos de tos matutinos relacionados con esta enfermedad. Probablemente este enfermo no se sentiría en condiciones de ingerir alimentos hasta pasadas unas horas de levantarse cuando ya cedían o se atenuaban los accesos de tos.

A veces, se hace hincapié en la ingesta de determinados alimentos como el huevo, la gallina, Horchata de arroz⁷⁷⁶, etc. También determinadas aguas: Vichy y Seltz⁷⁷⁷. La administración de leche variaba según la etapa de la enfermedad en la que se encontraba el paciente. Normalmente en las fases avanzadas se administraba una mayor cantidad siempre y cuando el estado general del paciente lo permitiese, sobre todo el aparato digestivo. Así podemos leer: “Ha desaparecido el dolor de vientre, por lo que se aconseja leche cada dos horas”. Conforme va mejorando su sintomatología se va retirando progresivamente la ingesta láctea. A veces se lee: “Hoy han tenido diarrea todos los enfermos”⁷⁷⁸, demostrando la existencia de posibles intoxicaciones alimentarias.

No era raro que se realizaran toracocentesis, evacuadoras y diagnósticas:

“Se le hace punción pleural del lado izquierdo extrayendo 20 centímetros cúbicos de líquido pleural amarillo verdoso y serofibrinoso”. No obstante, los resultados a veces no eran excesivamente prometedores: “La exploración ha sido casi análoga revelando un ligero aumento del derrame, iniciándose una desviación del corazón hacia la derecha”⁷⁷⁹.

En cuanto a los baños de sol, de todos es conocido que arquitectónicamente los hospitales o clínicos para tuberculosos disponían de enormes balcones o terrazas para que los pacientes pudieran tumbarse en hamacas o chaise-longe y tomar el sol varias horas al día. A veces, la terapia solar se restringía o potenciaba sobre determinadas zonas: “Reforzar los baños de sol sobre el vientre del paciente”⁷⁸⁰.

En las historias clínicas de otros pacientes provenientes de otros centros se comprueba que se reseña el hecho de que se trataba de pacientes morenos como consecuencia de su exposición solar. Es decir, era una práctica extendida, y tan frecuente que marcaba la

⁷⁷⁵“Ocho de la mañana, vaso de leche. Diez de la mañana vaso de leche. Doce del mediodía, sopa, cocido, pescado, pan y postre. A las tres de la tarde, vaso de leche. A las seis de la tarde, sopa, verdura, tortilla, pan y postre. A las nueve de la noche, vaso de leche”. CHCHR. Historia Clínica nº 2.484.

⁷⁷⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 18.676

⁷⁷⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 1.038

⁷⁷⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 806

⁷⁷⁹ CHCHR.

arquitectura hospitalaria de la época. Se construían sanatorios o clínicas con balconeras orientadas de modo que recibieran el mayor número de horas de sol posibles. Además se procuraba que estuvieran en un sitio de montaña o elevada donde el aire fuera lo más puro posible. El ejemplo lo constituyen la infinidad de sanatorios ubicados en la Sierra de Guadarrama. Casi todos tuvieron que cerrar tras la era antibiótica, o convertirse en residencia de ancianos. De todas formas, cumplieron un papel muy importante en la sanidad española de la época.

A veces, se prescriben pequeños descansos de estos baños de sol si la patología del paciente así lo requería: “Después de haber descansado 12 días, el enfermo empieza a tomar otra vez baño de sol, empezando por cinco minutos”⁷⁸¹.

Un medio físico, es decir, no farmacéutico, usado en ocasiones en enfermos con hemoptisis abundante era la utilización de hielo en trozos metidos en la boca y en bolsa sobre el pecho, junto con vasos de leche fría. En estos casos de hemoptisis, es decir, de tos acompañada de sangre, también se modificaba la alimentación administrándose “purés y dulces”⁷⁸².

Quizás sea la hemoptisis la complicación más grave y temida de la tuberculosis avanzada. En pocos segundos o minutos, el paciente podía morir ahogado literalmente debido a la inundación pulmonar por la sangre proveniente de la caverna tuberculosa del propio paciente.

Otro medio físico lo constituían las compresas calientes aplicadas sobre la zona torácica sospechosa de enfermedad, como se puede leer en el siguiente ejemplo: “Existe ligera submatidez en base derecha pulmonar, en la que hay numerosos estertores de medianas y pequeñas burbujas”⁷⁸³. Es decir, probablemente se tratase de una neumonitis o condensación tuberculosa. También hemos observado este tratamiento en caso de derrames pleurales tuberculosos.

La tintura de Benjuí y de Eucaliptus en forma de inhalaciones, aliviaba la disnea y la sensación de ahogo del paciente⁷⁸⁴.

El drenaje de abscesos fríos o tuberculosos era práctica habitual⁷⁸⁵: “Hoy se pincha el absceso que tiene en región cérvico-dorsal y se extrae 150cc de material purulento amarillo

⁷⁸⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 806

⁷⁸¹ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

⁷⁸² CHCHR. Historia Clínica nº 1002

⁷⁸³ CHCHR. Historia Clínica nº 2484.

⁷⁸⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 806

⁷⁸⁵ “Hoy se extrae del absceso frío que tiene en región dorsal posterior 15 centímetros cúbicos de pus para siembras”. CHCHR. Historia Clínica nº 1038

claro, algo espeso, inodoro”. A esta enferma se le punciona el absceso en tres ocasiones, volviendo a aparecer otras tantas veces. Es más, sufre la aparición de nuevos abscesos fríos: en axila y a nivel de tercera vértebra dorsal. La paciente sufre en el curso de su enfermedad pequeños altibajos provocado por la continua aparición de tumoraciones abscesificadas: retrocesos y avances, mejorías y empeoramientos que quedan reflejados en el curso clínico. Así podemos leer:

“Las largas manifestaciones osteoarticulares que desde larga fecha ha venido teniendo este enfermo parecen completamente inactivas desde hace un año. Cicatrizados los trayectos fistulosos y desapareciendo todo dolor a la presión en la columna cervical; movilidad del cuello perfecta a pesar de la incurvación que forman las cuatro últimas vértebras cervicales. No se comprueba ningún signo local ni general de actividad tuberculosa. Se propone alta a la enferma por curación clínica”⁷⁸⁶.

A pesar del estacionamiento de la clínica de esta enferma, por lo que se deduce de este informe, vuelve a recaer, necesitando un nuevo ingreso.

Quizás el informe es excesivamente optimista, pues incluso habla de curación en una enferma que posteriormente falleció. Sin embargo, sí evidencia que la terapéutica proporcionada a la enferma permite mejorar a la paciente aunque sea solo de forma temporal. Muy probablemente, esta enferma, alejada del entorno terapéutico hospitalario habría fallecido con muchísima más antelación y el curso clínico habría sido quizás fulminante. La desaparición de los abscesos y la cicatrización de los trayectos fistulosos requirió un adecuado control de los mismos, procediendo al drenaje cuando este era requerido.

Seguimos el interesante, aunque desgraciado curso clínico de esta paciente pues ilustra el uso de otra intervención empleada con profusión en el Hospital del Rey: la práctica del neumotórax terapéutico. La paciente reingresa por segunda vez, “habiendo tenido repetidos episodios de hemoptisis en los días previos”. Como hemos dicho más arriba, la hemoptisis era una situación potencialmente mortal para el paciente. Generalmente se provoca por la existencia de cavernas inmersas en el parénquima pulmonar. Estas cavidades se forman como consecuencia del vaciamiento de los abscesos llenos de caseum o pus propio de la

⁷⁸⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

tuberculosis. Al quedar vacías estas oquedades, tienen vasos en superficie o paredes que la delimitan. La erosión de estos vasos, provoca una hemorragia abundante que se expulsa en forma de hemoptisis o tos con sangre. El peligro fundamental es la inundación de ambos pulmones provocando la asfixia. Por otra parte, se producía una pérdida hemática en pacientes que de base estaban ya caquéticos y anémicos.

Pues bien, los médicos de la época observaron que una forma de reducir el tamaño de estas cavernas era producir un neumotórax en el pulmón afectado. De esta forma se lograba disminuir la tensión de los vasos de la caverna y se reducía el peligro de sangrado. El método no podía ser más sencillo: introducir oxígeno en la cavidad pleural del pulmón seleccionado. Con el tiempo y perfeccionamiento de la técnica se logró realizar el corte de bridas o tractos fibrosos pleurales que por su disposición o tracción pulmonar ayudaban a mantener abierta la caverna⁷⁸⁷.

No sabemos exactamente la significación de la terminología usada en la esquematización por parte de los médicos del neumotórax realizado, pero probablemente refiera la cantidad de oxígeno introducida en los espacios intercostales elegidos. Probablemente, este procedimiento era realizado en la misma sala a la cabecera de la cama del propio paciente. También con casi total seguridad, el procedimiento era seguido de una comprobación radiológica doble: el tamaño del neumotórax y el tamaño de la caverna (Fig. 16). A pesar de todos estos intentos terapéuticos esta paciente falleció a consecuencia de una hemoptisis.

En la evolución de los pacientes consta una hoja de registro en la que quedaban anotados los neumotórax realizados. En la hoja de registro constaban: Nombre del paciente; Número de Historia; Ubicación y Fecha de ingreso. Se deja anotado el número de la punción y la fecha de su realización. Existe una gráfica de presiones que corresponde a cada neumotórax realizado. Debajo existen esquemas del aparato respiratorio para poder reflejar la imagen radioscópica del neumotórax conseguido. La existencia de esta gráfica refleja en primer lugar que era una técnica de realización frecuente a nivel Hospitalario. Por otro lado,

⁷⁸⁷ Así leemos: “Se le hizo Neumotórax a las 7 de la tarde.

Punción espacio derecho: I: 4 ½ - 4 ½.

La cantidad de oxígeno fue: 50 : 2 - 4

100: 2 - 3 ½

150: 2 ½ - 3 ½

200: 1 ½ - 3 ½

275: 2 ½ - 3 ½”.

CHCHR. Historia Clínica nº 1038

el hecho de que para un paciente existiera una gráfica por cada pulmón en la que se podían reflejar quince neumotórax por cada hemitórax, es decir treinta en total, indica lo rutinaria y practicada que era esta técnica.

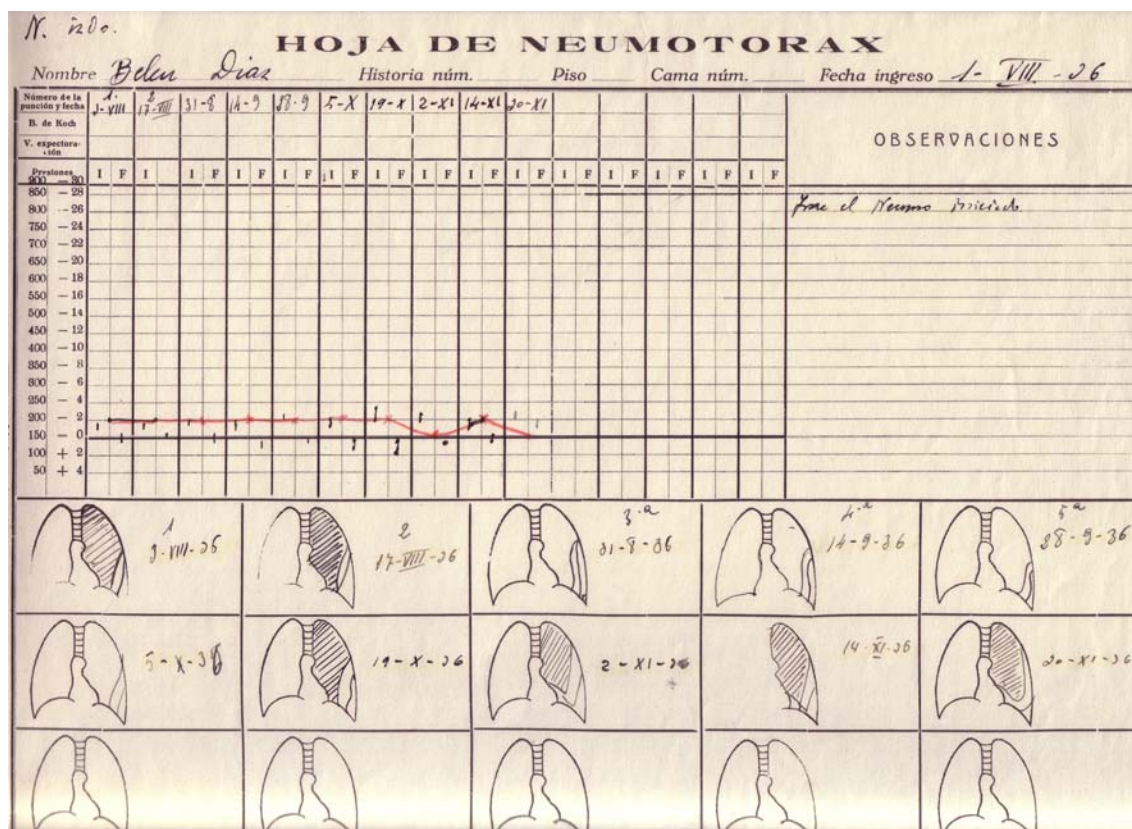


Fig. 16. Hoja de neumotorax de un enfermo de tuberculosis de 1926.

En ocasiones, se constata en la historia clínica realizada a la llegada del paciente al Hospital, los tratamientos recibidos previamente en otras instituciones sanitarias.

Relatamos el caso de una enferma a la que, “al mes de comenzar con la enfermedad le instauraron en el Dispensario de Universidad un neumotórax izquierdo y curas de Oro que hubo que suspender por erupciones cutáneas y albuminuria. Sin embargo, con el neumotórax mejoró mucho el estado general desapareciendo las décimas y recuperando parte del peso perdido”⁷⁸⁸.

⁷⁸⁸ Historia Clínica perteneciente al Sanatorio Lago, sin número.

Esto demuestra lo extendido que estaba la realización del neumotórax como tratamiento, pues aquí se trata de un paciente atendido en un Dispensario. Dispensarios de este tipo probablemente disponían de un equipo de radioscopia para el control de estas técnicas. Recordemos además que parte del personal médico del Hospital del Rey había sacado oposiciones para dirigir el Dispensario de Humera y Valdelatas entre otros. Es evidente que si estos profesionales manejaban la técnica del neumotórax en el Hospital del Rey, la comenzarían a realizar también en estos Dispensarios.

En esta enferma, que venía con el neumotórax iniciado, se continuó su realización una vez ingresada. En la hoja o gráfica de neumotórax de la paciente constan ocho intervenciones a partir del ingreso que se produce el 1 de Agosto de 1.936: El 3 de Agosto, 17 de Agosto, 31 de Agosto, 14 de Septiembre, 5 de Octubre, 19 de Octubre, 2 de Noviembre y 20 de Noviembre. En todas las ocasiones, se controla la presión inicial (I) y la final (F), dibujándose el perfil de neumotórax alcanzado sobre el hemotórax izquierdo. El máximo volumen de neumotórax se alcanza en la séptima sesión, decreciendo levemente en las dos últimas sesiones. Esta paciente fue dada de alta el 6 de Diciembre de 1.936 por mejoría de su enfermedad. Como tratamiento adyacente se empleó Calcio IBYS intramuscular iniciándose el 10 de Agosto, administrándose un total de 20 inyecciones que se concluyen el 3 de Septiembre.

Normalmente, en la terapia de realización de neumotórax, se solía iniciar con neumotórax de escasa cuantía que se iba aumentando de tamaño en sucesivas sesiones, en las que se lograba estabilizar el volumen de neumotórax deseado (en torno a 350-400 centímetros cúbicos). Así se mantiene el paciente hasta que por mejoría del cuadro se decide el alta, procurando una última sesión en la que se intenta reducir al máximo el neumotórax. Suponemos que con posterioridad el paciente realizaría seguimiento y control ambulatorio de neumotórax mediante radioscopia. Lo que en teoría parece claro y fácil de realizar, no lo era según el enfermo en concreto con el que el médico se tenía que enfrentar.

Describimos como ejemplo un paciente varón de 26 años afecto de tuberculosis Pulmonar, cuya radiografía en el momento del ingreso es la siguiente:

“Tuberculosis cavitaria en hemitórax derecho, donde las lesiones salvo una cavidad del tamaño de un duro, son imprecisas. Existe abundante diseminación nodular de

aspecto exudativo. Se añade engrosamiento pleural y pinzamiento diafrámicos en tienda de campaña. Fina diseminación escasa contralateral”⁷⁸⁹.

En este mismo caso leemos las notas del clínico: “Se recomienda reposo absoluto. Se trata de un paciente en el que nunca se ha intentado neumotórax derecho, pues no es de esperar que se consiga. No obstante, ¿se intenta?”⁷⁹⁰.

Es de agradecer por parte de este facultativo que deje anotadas por escrito sus dudas. En el discurso mental y científico de todo médico existen dudas e incertidumbres, pero rara vez se transmiten al curso clínico del paciente. Nos deja entrever que el neumotórax si bien es una técnica relativamente segura, había que elegir bien a los candidatos y su estado general de salud. La terrible complicación era el completo colapso pulmonar con la insuficiencia respiratoria secundaria y por tanto el fallecimiento del paciente. Y en este caso esta complicación podía darse, pues existía un engrosamiento pleural como dificultad añadida, y era necesario traspasar con la punción la pleura parietal fibrosada para lograr el neumotórax.

Sopesando riesgos y beneficios, el facultativo, diecinueve días más tarde de los argumentos expuestos más arriba, anota: “Intentar neumotórax derecho”. Y en los siguientes días se anota: “Se consigue neumotórax derecho en línea media escapular. Se continúa neumotórax con intervalos de ocho días. No existe fatiga, mejorando de la expectoración y la fiebre”. Al final, en el curso se deja anotado con alivio: “Se mantiene neumotórax sin incidentes”⁷⁹¹. De esta manera, se puede comprobar que el neumotórax era una técnica con resultados concretos a corto plazo, pues en este enfermo enseguida se consigue una disminución de la expectoración y la fiebre, sin que la pérdida de volumen pulmonar provoque una fatiga importante en el enfermo.

Este enfermo es ilustrativo de las incertidumbres por las que pasaba el clínico de la época. Se dispone de una determinada técnica o terapia contrastada y con riesgos escasos. Pero no basta con esto, hay que aplicarla a un determinado paciente con unas circunstancias muy concretas. Ahí tenemos gran parte de lo que se llama arte de hacer medicina. Afortunadamente, se demuestra en este caso que el discurso lógico del médico fue el acertado. A pesar de las dificultades técnicas del caso, el neumotórax pudo ser realizado,

⁷⁸⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 19.825.

⁷⁹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 19.825.

⁷⁹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 19.825.

beneficiándose el paciente de dicha técnica, mejorando clínicamente de su enfermedad. Queda la duda sobre si el médico encargado de este paciente actuó según un protocolo reglado o más bien tuvo que dirigirse por estrictos motivos de intuición profesional. En las Historias clínicas consultadas no hemos podido encontrar nada parecido a lo que en la actualidad llamaríamos guía o protocolo de actuación ante el neumotórax en el paciente con tuberculosis.

Por contraposición, ponemos el ejemplo de un paciente elegido candidato para neumotórax, pero al que finalmente no se le pudo realizar. Se trata de un paciente varón de 46 años, con mala situación clínica que padecía tuberculosis pulmonar. En su diario clínico se puede leer: “Tose y expectora frecuentemente cuando se halla en decúbito lateral izquierdo, pero que si se adapta al derecho la tos y la expectoración disminuyen al mínimo”⁷⁹². Esto nos habla de posible cavitación con acúmulo de secreciones en hemitórax izquierdo. El discurso del facultativo es parecido: “Se piensa sobre las posibilidades de intentar un neumotórax izquierdo”. Seis días más tarde se anota:

“Se intenta obtener neumotórax haciendo dos punciones bajas en VI y VII espacio respectivamente, sin que se logre obtener espacio libre pleural por lo que se desiste continuar. El enfermo se queja al hacerle la punción. La pleura es dura y gruesa. Como complicación presenta ligero enfisema subcutáneo en la base del hemitórax izquierdo”⁷⁹³.

Hasta aquí se han resumido sucintamente los medios físicos empleados en distintas etapas de la tuberculosis. Estamos en plena era preantibiótica, con lo cual, estos medios representaban una parte importante cuando no fundamental del tratamiento.

Haremos referencia a partir de ahora de aquellos tratamientos que consideramos no estrictamente físicos, es decir, vamos a referirnos brevemente a los fármacos utilizados en los enfermos tuberculosos. Podemos hablar de medicamentos usados como tratamiento sintomático de las manifestaciones secundarias al proceso tuberculoso. Aunque también se objetiva la utilización de fármacos relacionados con otros síntomas que no están en estricta relación con la tuberculosis.

⁷⁹² CHCHR. Historia Clínica nº 5709

⁷⁹³ CHCHR. Historia Clínica nº 5709

Queremos poner hincapié en que la relación de fármacos a la que a continuación se alude, no pretende ser un estudio científico de la terapéutica antituberculosa de la época. El cometido de este estudio es únicamente la descripción de la terapéutica utilizada en el Hospital del Rey. Para sacar otro tipo de conclusiones, sería necesario hacer un trabajo comparativo de la terapéutica utilizada en otros centros sanitarios nacionales e internacionales que trabajasen en tuberculosis en aquellos años. Este objetivo, evidentemente sería objeto de otra Tesis Doctoral.

En casos de afectación laríngea acompañante, con “infiltración de bandas, ulceración e infiltración de cuerdas vocales”, el tratamiento consistía en la administración de toques intralaríngeos con Cloruro de Zinc⁷⁹⁴. Si se trataba solo de fauces enrojecidas con dolor al tragar: “administración de Agua Oxigenada al tercio para gárgaras”⁷⁹⁵.

Junto a estos dos principios farmacéuticos, la Morfina y derivados eran usados para conseguir un importante alivio contra el dolor y, a la vez, con un efecto antitusígeno para evitar las recidivas de hemoptisis.

Así podemos leer la Historia Clínica de un enfermo con hemoptisis amenazante:

“Ha ingresado hoy habiendo tenido ayer repetidas hemoptisis bastante abundantes. Se prescribe tratamiento con Morfina y Hemometina. Se repitió la hemoptisis a las once de la noche administrando también Morfina 1 centigramo y Aceite Alcanforado 10 centigramos cada cuatro horas”⁷⁹⁶.

Se observa lo desesperado de la situación con un enfermo sangrante en el que evidentemente pelagra su vida. Se administra de forma repetida la Morfina para evitar el reflejo tusígeno, considerado irritante para las paredes de las cavernas, provocando de esta manera hemorragias repetidas. El hecho de que la Morfina administrada no sea totalmente eficaz es la razón por la que se va aumentando progresivamente la dosis.

“Ayer a las doce del mediodía, cinco de la tarde y siete de la tarde se repiten pequeñas hemoptisis que se detienen con las inyecciones de morfina 2 centigramos en dos veces y Hemometina una ampolla. Se repitieron las hemoptisis a las doce de la noche

⁷⁹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 19.835

⁷⁹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 806

⁷⁹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

y siete de la mañana siendo esta más abundante. Se requirieron 11 centigramos de Morfina y otra ampolla de Hemometina”⁷⁹⁷.

Revisada la pauta de administración de la Morfina en estos enfermos, la hora elegida para la toma era la cena. El motivo podía ser doble, queriendo facilitar por una parte el sueño del paciente y por otra, evitar los accesos de tos nocturna o del despertar que podían provocar a su vez la tan temida hemoptisis. Por otra parte, su efecto sedativo reducía la sensación de ahogo o disnea del paciente.

Existían otros medicamentos cuya pauta de administración era la contraria a la Morfina, como el Ipecopan, que se prescribía para tomar con el desayuno.

Por tanto, la Morfina, empleada en los pacientes con hemoptisis era un paso terapéutico en las etapas avanzadas de la enfermedad. Desgraciadamente, en estos estadios de la enfermedad, solo podía ayudar a un bien morir, evitando la sensación de disnea del paciente que tanta angustia provoca. Muchas veces era empleada de forma combinada con la realización de neumotórax terapéuticos, lo que ayudaba a salvar en muchos casos la vida o por lo menos prolongarla. Por un lado se evitaba el acceso tusígeno, y por otro lado se cerraba la caverna, contribuyendo así por doble motivo a disminuir el riesgo de sangrado.

El reto clínico de la hemoptisis se abordaba en algunos enfermos sin recurrir a la Morfina. Estas son las anotaciones de un enfermo con hemoptisis recurrente y difícil de controlar:

“Inyección de Hemometina e inyección de la solución de Cal al 10% cinco centímetros cúbicos intravenosos. Si sigue esputando sangre suspender alimentación y darle trocitos de hielo. Suspensión de toda clase de alimentos, administrando pequeño trozos de hielo y manteniendo reposo absoluto, prohibiendo que hable pues esta mañana ha tenido una nueva hemoptisis de sangre coagulada”⁷⁹⁸.

Conforme el enfermo mejora se aconseja: “Ración ordinaria con caldo de gallina, y aceite de Parafina, una cucharada”. Posteriormente se reintroduce el Tricalcine intravenoso aunque el enfermo experimenta una reacción general de calor en el momento de inyectarle.

⁷⁹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 1038

⁷⁹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 317

Eso provoca la suspensión de la calimoterapia por vía endovenosa durante varios días. Es interesante este paciente, pues se observa la combinación de medios físicos con los de tipo farmacológico.

En 1.939, se objetiva el uso de Fosfato de Codeína como antitusígeno. Existen diversidad de tratamientos instaurados durante el ingreso de un paciente tuberculoso. Algunos son específicos de la tuberculosis, pero otros muchos son propios de los síntomas o enfermedades concurrentes que presenta el paciente. Es decir, un paciente tuberculoso con diarrea va a recibir extracto Tebaico igual que cualquier otro paciente sin tuberculosis.

Lógicamente, conforme se consultan diversos años la terapéutica evoluciona y va modificándose, dejando en desuso determinados fármacos y apareciendo otros nuevos. Es evidente que el antes y después lo supone la aparición de los antibióticos. Dado que describimos la etapa preantibiótica, durante estos años hay pequeños cambios en la farmacopea usada, pero no son cambios bruscos ni llamativos. Es la importancia del paso de la época de tratamientos contra la tuberculosis de tipo sintomático, hacia una nueva etapa, completamente distinta, en la que se introducen terapias que luchan directamente contra la etiología de la tuberculosis. Disponer de un antibiótico microbicida dirigido contra el *Mycobacterium tuberculosis* supone una auténtica revolución en la asistencia de estos enfermos. Nuestra misión aquí es describir aquí los distintos medios farmacológicos empleados antes de la aparición de los antibióticos.

A veces, es difícil sistematizar la gran cantidad de medicamentos usados en la tuberculosis⁷⁹⁹. El Azotil era usado como medio de limpieza en pacientes recién ingresados⁸⁰⁰.

En pacientes en los que predominaba la expectoración de esputos abundante, se administra Cloruro de calcio, Bicarbonato⁸⁰¹. El Cloruro de cal también se emplea en casos en los que predomina la tos pero sin claro componente de expectoración⁸⁰².

⁷⁹⁹ En los primeras etapas del Hospital es frecuente la prescripción de los siguientes fármacos: Seestina en forma de inyecciones, Phosphorrenal, Digaleno en comprimidos (por ejemplo cuatro comprimidos al día), Alcanfor, Sanocrisina (a dosis de 0,10gr/día).

CHCHR. Historia Clínica

⁸⁰⁰ “Limpieza con una inyección diaria de Azotil”.

CHCHR. Historia Clínica

⁸⁰¹ También se administra Magnesias, a dosis de 50 centigramos y extracto de Belladona a dosis de 2 centigramos al día. La dosis empleada para el Cloruro de calcio era de ½ gramo venoso al día. Cuando el enfermo mejoraba con menor cantidad de accesos tusígenos, se cambiaba el Cloruro de Calcio por Silisten 60 gotas dos veces al día y Persodina 2 comprimidos antes de cada comida.

CHCHR. Historia Clínica nº 1002

⁸⁰² “Tos accesorial sin gran expectoración que interpretamos como tos pleural, se prescribe Cloruro de cal ½ gramo venoso y Aethone 15 gotas dos veces al día”

CHCHR. Historia Clínica nº 2484

En enfermos con tuberculosis generalizada, y con formas abscesificadas cutáneas se emplea solución saturada de Sulfato Sódico, un vasito en ayunas, y Tricalcine, tres cucharadas al día.

Si predomina la cefalea sobre el cuadro pulmonar: “Antiforrina, Piramidón, Caféina y Fenacetina”⁸⁰³. Se usa también la Aspirina.

No era infrecuente el uso de reconstituyentes como el Hígado de Bacalao, con gotas de yodo, Jarabe de Rábano yodado, bioblastina y Lactoproteína, Sellos de Pancreotina y Pepsina, etc.

A veces se describen efectos secundarios de medicamentos:

“Desde la primera inyección de Sanocrisina, la enferma dice que cuando ha transcurrido una hora de la misma comienza a dolerle la nuca y a sentir martillazos en la cabeza. Con la supresión del tratamiento con Sanocrisina la enferma se alivia de las molestias que venía aquejando”⁸⁰⁴. Y en otro paciente: “Le aparece una infiltración pergaminácea sembrada de elevaciones duras que le dan aspecto plomado con iguales características que en las manos”.

El Gluconato cálcico al 10%, 10 centímetros cúbicos intramuscular, se emplea en casos de hemoptisis grave, descrita a veces en “bocanada”⁸⁰⁵.

Si el cuadro de tuberculosis avanza rápidamente con progresiva invasión del parénquima pulmonar o bronconeumonía, se emplea Ácido Clorhídrico Aficional 10 gotas antes de las comidas⁸⁰⁶. En tuberculosis hematógenas no estrictamente localizadas en pulmón se prescribe Vanarrhenal y Cacodilato Sódico, junto con Glicerofosfato de soda⁸⁰⁷. En la tuberculosis primaria con diseminación, se prescribe el Pulmoquinol con una ampolla diaria y jarabe de Benzoato⁸⁰⁸.

Otro de los fármacos utilizados de forma destacada en la era preantibiótica en el tratamiento de los enfermos con tuberculosis pulmonar era la Sanocrisina. Su uso comienza desde los primeros años de funcionamiento del Hospital, es decir 1.925 y siguientes. Así podemos leer en la evolución clínica de un paciente que fue dado de alta por alivio o

⁸⁰³ CHCHR. Historia Clínica n° 1038

⁸⁰⁴ CHCHR. Historia Clínica n° 1038

⁸⁰⁵ Se emplea a veces junto con Orosanil a dosis de 0,01 gramos intravenoso, Anthema y Calcio IBYS. CHCHR. Historia Clínica n° 19.826

⁸⁰⁶ CHCHR. Historia Clínica n° 19.826

⁸⁰⁷ CHCHR. Historia Clínica n° 19.811

⁸⁰⁸ CHCHR. Historia Clínica n° 18.676

curación de su proceso clínico: “Hoy se suprime el Cloruro de Calcio y se da Tricalcina. Mañana se comenzará con dos centímetros cúbicos de Sanocrisina intravenosa”⁸⁰⁹. Se trata de un fármaco cuyas reacciones adversas se vigilan de forma estrecha: “La inyección de Sanocrisina no le ha producido reacción alguna en las primeras 24 horas. No ha tenido la menor alteración después de la inyección de 25 centímetros cúbicos de Sanocrisina”⁸¹⁰. Se deja apuntado hasta el origen del medicamento: “La Sanocrisina es de marca Danesa”. Es decir, podemos comprobar como al producirse la introducción de nuevos medicamentos, los médicos estaban muy cercanos al paciente vigilando cualquier tipo de efecto secundario que pudiera aparecer.

Y esto se producía con cualquier otro principio activo introducido recientemente. En las historias clínicas se objetiva un claro control de las reacciones adversas de los fármacos usados: “La solución de cloruro cálcico al 10% le produce al enfermo una súbita reacción al momento de inyectarlo”. Además, no sólo se trataba de una vigilancia pasiva, sino que conllevaba la toma de decisiones, sustituyéndose en ocasiones los medicamentos: “Suspender cloruro cálcico y comenzar con Tricalcine”⁸¹¹. Es lo que actualmente denominamos farmacovigilancia. Otro medicamento sobre el que se dejan anotaciones de reacciones adversas es el Nerhepat⁸¹².

Otro punto que pone de manifiesto la prudencia de los médicos a la hora de introducir nuevos medicamentos es la progresiva dosificación del principio farmacológico empleado⁸¹³.

Cuando predomina la afonía con tos y expectoración blanquecina: se administra “pulverizaciones en garganta de novocaina al 2%”. Si el enfermo empeora, con mal estado general: “se prescribe tratamiento con Alcanfor y Sedol”⁸¹⁴.

El Suero Antigangrenoso, administrado por vía endovenosa, usando 30 centímetros cúbicos, se prescribe en casos de tuberculosis pulmonar complicada con bronquitis fétida⁸¹⁵.

⁸⁰⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 4

⁸¹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 4

⁸¹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 4

⁸¹² “Iniciar tratamiento con Nerhepat diario”. Con este medicamento también se dejan reflejadas reacciones adversas de tipo urticariforme. No siempre suponen la suspensión del medicamento: “La erupción urticariforme se ha extendido y es más intensa: añadir Hispanoefedrina 2 comprimidos diarios”.

CHCHR. Historia Clínica nº 18.200

⁸¹³ Las dosis del fármaco se van subiendo progresivamente, de manera que se pasa de 20 centigramos hasta 1 gramo intravenoso, ascendiendo la dosis paulatinamente en un mes. La forma de administración era la vía intravenosa diluyendo el preparado comercial en agua bidestilada: “Sanocrisina 25 centigramos en 2,5 de agua bidestilada”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4

⁸¹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 18.200

⁸¹⁵ “La expectoración tiene aspecto mucopurulento verdosa y fétida”. El origen del suero antigangrenoso podía ser Suizo o Francés (Berna o Pasteur)

En enfermos con excesiva expectoración se usa en ocasiones Aceite Gomerolado al 5% y en ampollas de 5 centímetros cúbicos una vez al día intramuscular. También se puede usar Bronquial, inhalaciones de Eucaliptus y tintura de Benjan.

En un enfermo que ingresó prácticamente agonizando, se administró: “Irrigaciones rectales con un papel de Nactol, Estrictina en inyecciones y Aceite Alcanforado con Quinina”⁸¹⁶.

En ocasiones, se suspende el alimento, permitiendo solo leche fría. Otras veces, se aconseja el huevo como suplemento alimenticio, sin olvidar los baños de sol.

En algunos pacientes se da la coexistencia de otros procesos nosológicos: por ejemplo tuberculosis pulmonar y sífilis. Se trata de un varón en la 5ª década de edad, que presentó como antecedentes a los 20 años proceso blenorragico, que según versión del propio paciente curó sin secuelas. A este paciente se le practica en muestra de sangre reacción de Wasserman, Ibechs y Viehn, siendo positivas las tres. Como tratamiento, el paciente recibe Neosalvarsan intravenoso a dosis iniciales de 0,15g, subiendo progresivamente hasta 0,45g.

Dentro de esta complicada relación de medicamentos de forma sorprendente, aunque de forma infrecuente, se observan pacientes en los que no existe ningún tipo de tratamiento anotado. Son pacientes, lógicamente con tuberculosis estables o benignas y el tratamiento probablemente se reduce a medidas higiénico dietéticas, como una buena alimentación y baños de sol.

Se demuestra así la variada y amplia farmacopea usada en la tuberculosis Pulmonar en los primeros años de funcionamiento del Hospital. Terapéuticas variadas y no muy bien protocolizadas que probablemente reflejen los propios conocimientos y costumbres de cada médico con tendencia a usar un determinado tipo de medicamentos. Esto también refleja que en estos años no había dado tiempo todavía a crear una escuela con tendencias unificadas en el Hospital del Rey.

Como se puede comprobar, e intentando realizar una recopilación, se combinan medios físicos, entre los que destacan los baños de sol, reposo en cama, las compresas húmedas, la aplicación de frío en forma de hielo, etc.; junto con los farmacológicos, entre los que se cuenta con una abultada farmacopea, destacando la terapia cálcica y la Sanocrisina, y por último se añade la opción quirúrgica con la realización del neumotórax de forma repetitiva. Todas estas posibilidades se combinan según el enfermo en concreto del que se trate, su gravedad y los síntomas que predominen. También hay que tener en cuenta

CHCHR. Historia Clínica nº 835

⁸¹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 126

el criterio y la preferencia del médico implicado en cada caso. El resultado evidentemente no es totalmente satisfactorio pues se objetivan numerosas defunciones entre los enfermos que ingresan con criterios de gravedad. No obstante hay numerosos pacientes que son dados de alta del Hospital con la observación al alta de alivio o mejoría. Es evidente que había que esperar a la era antibiótica para dar el salto cualitativo que redujese dramáticamente el número de fallecidos por tuberculosis Pulmonar.

Pero faltaríamos a la realidad de los hechos sino tuviéramos en cuenta el número de tuberculosos aliviados, cuyo proceso morboso fue al menos estabilizado evitando una progresión fatal.

A la vista de estas pautas de conducta diagnósticas y terapéuticas consideradas como científicamente aceptables durante la época que corresponde al estudio del Hospital del Rey, podemos concluir que los profesionales de dicha Institución no sólo se adecuaron correctamente al pensamiento científico de aquellos años, sino que en muchos casos se adelantaron innovando conceptos en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas.

2.3.4 PALUDISMO

2.3.4.1 Introducción.

El término Malaria proviene del italiano "mala" y "aria", que hace alusión al aire contaminado, causante de fiebres intermitentes descritas por médicos italianos del siglo XVII. Se trata de una entidad nosológica causada por el Género Plasmodium. Este género parasita muchas especies animales, incluyendo pájaros, reptiles, anfibios, y mamíferos. En general, se acepta la teoría de que los parásitos de la malaria afectaron al hombre desde el Pleistoceno medio, evolucionando a lo largo de los años con el hombre, y diferenciándose en las cuatro especies conocidas hoy⁸¹⁷.

Las cuatro especies que infectan a los humanos son Plasmodium Vivax, P. Ovale, P. Malariae y P. Falciparum⁸¹⁸. Esta última es causante de la mayor parte de los fallecimientos por paludismo. Plasmodium Falciparum difiere mucho en sus características en comparación con las otras tres especies el género Plasmodium, tanto que se le ha asignado un subgénero propio, Laverania. Actualmente, el paludismo se calcula que causa 1-3 millones de muertes anualmente de forma mundial. Es una enfermedad típica de regiones tropicales⁸¹⁹.

La presencia de mosquitos Anopheles es fundamental para la transmisión de la enfermedad. Aunque se han descrito más de 400 especies de Anopheles, sólo treinta de ellas juegan un papel importante en dicha transmisión⁸²⁰.

La malaria se transmite a través de la picadura del mosquito Anopheles hembra. El mosquito transmite al torrente circulatorio los esporozoitos de la malaria a través de sus glándulas salivares cuando se produce la picadura. Los eritrocitos son invadidos por el parásito, y su ruptura posterior intravascular provoca liberación importante de citoquinas proinflamatorias, desencadenando la fiebre y otros efectos patológicos⁸²¹.

Los clásicos paroxismos palúdicos consisten en escalofríos y accesos febriles que ocurren en intervalos regulares: fiebres cuartanas (cada 72 horas), fiebres tercianas (cada 48 horas). El típico paroxismo de la malaria comienza con un escalofrío que dura aproximadamente una hora. El escalofrío se sigue de un período de fiebre elevada que se

⁸¹⁷ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 855, 1.993.

⁸¹⁸ Braunwald, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1203, 2.001.

⁸¹⁹ Braunwald, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1203, 2.001.

⁸²⁰ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 858, 1.993.

⁸²¹ Braunwald, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1203, 2.001.

mantiene varias horas. Posteriormente, se produce una sudoración profusa tras lo cual el paciente queda dormido, pudiendo despertarse con un estado general relativamente conservado⁸²². Sin embargo, no siempre se produce dicha periodicidad como es el caso de *Plasmodium Falciparum*.

El tratamiento actual se basa en Cloroquina, Mefloquina, Quinina, Artesonate y Artemether⁸²³. Se sabe que antes del descubrimiento de los antibióticos, las infecciones experimentales por malaria eran utilizadas en ocasiones con intenciones terapéuticas. El ejemplo más significativo lo constituye la producción de altas fiebres en el tratamiento de la Sífilis terciaria⁸²⁴.

Como ya hemos comentado, desde el Pleistoceno medio miles de generaciones de humanos han sido afectados por la malaria. En el siglo IV a.C., la malaria fue probablemente endémica en Grecia. Fue Hipócrates quien describió los tipos de periodicidad de las fiebres intermitentes: cotidianas, tercianas, cuartanas. En Italia, las fiebres intermitentes fueron bien conocidas por Cicerón, Celsus, Plinio y Galeno⁸²⁵.

Desde un punto de vista histórico, los cronistas romanos⁸²⁶ Varron y Columela ya hablaron de la Fiebre de los pantanos. Durante la época del Imperio Romano y sobre todo durante sus primeros siglos, la malaria tuvo un poder destructivo relativamente benigno, en parte debido a que en el área mediterránea no existía el *Plasmodium Falciparum*. Esto se debía a la ausencia de un adecuado vector para dicho tipo de *Plasmodium*. Sin embargo, durante los últimos siglos de dominación romana, se produjo la introducción de dos especies de Anófeles en el Mediterráneo que eran capaces de distribuir como vectores todas las especies de *Plasmodium*. Esto produjo un importante incremento del número de afectados por Malaria contribuyendo en parte al declive social, político y cultural del Imperio Romano⁸²⁷.

Después de la caída del Imperio Romano, la historia de la malaria en Europa es descrita en contadas ocasiones por los médicos medievales. No se sabe si este silencio es

⁸²² KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 858, 1.993.

⁸²³ Braunwald, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1203, 2.001.

⁸²⁴ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 856, 1.993.

⁸²⁵ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 860, 1.993.

⁸²⁶ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 109, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁸²⁷ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 861, 1.993.

debido a la relativa escasa frecuencia de la enfermedad, o a la falta de datos históricos. Durante el renacimiento, época de la cual se tienen más datos históricos, parece que la malaria no representaba un problema sanitario mayor⁸²⁸.

Sabemos que el nuevo mundo estuvo libre de esta enfermedad hasta el siglo XV. Con la colonización de América por parte de los europeos, se produjo un trasvase de enfermedades desde el viejo mundo entre las que destacan la viruela, el sarampión, y la malaria. Estas infecciones, contribuyeron a disminuir la población indígena autóctona. De este modo, durante los siglos XVIII y XIX la malaria constituye ya una enfermedad endémica estable en la zona de América tropical y subtropical. Y en 1632, fue precisamente un sacerdote español quien transportó por primera vez a Europa una muestra de corteza de Quina de árboles del Perú que fue utilizada de forma medicinal frente a la malaria⁸²⁹.

En las dos últimas décadas del siglo XIX tienen lugar importantes pasos en la identificación del parásito causal de la malaria. De este modo, Laveran descubrió en 1.880 el agente causal en un análisis hematológico en un soldado. Golgi y Metchnikoff descubren el ciclo evolutivo de los parásitos palúdicos en la sangre. Y en 1.931, James descubre una fase evolutiva del parásito fuera de los hematíes⁸³⁰.

También en estos años tiene lugar el reconocimiento del papel del mosquito Anófeles como vector (la propagación del paludismo en humanos por la intervención de los mosquitos se confirma por Gras en Italia). De esta manera, aunque el control de los mosquitos no era un nuevo concepto, sí que se puso mayor énfasis a partir de entonces⁸³¹.

En 1930, la introducción de antipalúdicos sintéticos supuso un importante paso no sólo el tratamiento sino también la profilaxis del enfermedad. En 1940, la aparición de los primeros insecticidas (DDT) supuso otro importante jalón en el control de la enfermedad⁸³².

Estos importantes avances llevaron a tomar la decisión en 1955 por parte del Organización Mundial de la Salud del inicio de un programa de erradicación de la malaria. Con los años se tuvo que reconocer que esta decisión fue fruto de un excesivo optimismo alejado de la realidad. En la actualidad, el paludismo persiste como problema endémico en

⁸²⁸ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 856, 1.993.

⁸²⁹ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 860, 1.993.

⁸³⁰ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 109, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁸³¹ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 109, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁸³² KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 861, 1.993.

vastas áreas del mundo tropical y subtropical. Probablemente, el desarrollo de resistencias por parte de los mosquitos a los insecticidas, y de los parásitos del género *Plasmodium* a los antipalúdicos contribuyen de forma notable al fracaso de la erradicación de dicha enfermedad⁸³³.

2.3.4.2 El paludismo en España y en el Hospital del Rey.

En Octubre de 1.964, España fue inscrita en el registro oficial de países que habían logrado la erradicación del paludismo⁸³⁴. Esta enfermedad se mantenía con carácter de endo-epidemia grave hasta que en el año 1.920 se inicia la lucha antipalúdica.

De hecho el paludismo estaba presente en muchas regiones de España. Es famosa la endemia de las Hurdes extremeñas. Ello obliga a que el Gobierno en 1920, designe una Comisión antipalúdica que decide empezar a trabajar en Cáceres⁸³⁵.

En el Hospital del Rey, a partir de su inauguración, el número de ingresos de enfermos de paludismo es de alrededor de veinticinco casos por año. Al estallar la Guerra Civil⁸³⁶, ascendió de nuevo el número de ingresos, y en el verano de 1.937 se trataron en el Hospital 303 casos, aumentando a 737 en 1.938, predominando la Tercianas, aunque entremezcladas con Cuartanas y algunas maligno-otoñales.

En los años comprendidos entre 1.939 y 1.945, en los que se padeció gran escasez de Quinina a causa del conflicto bélico mundial, el Hospital del Rey ensayó varios fármacos en el tratamiento del paludismo: Laurotropina, las Sulfamidas y el Azul de Metileno⁸³⁷. Algunos de los enfermos palúdicos fueron tratados con Urotropina intravenosa; con este fármaco se consiguió que cesaran los accesos febriles, pero no se eliminaban los parásitos.

Algo parecido pasó con las Sulfamidas administradas por vía oral y parenteral. También se empleó la autohemoterapia, sin conseguir siquiera la desaparición clínica de los accesos febriles.

⁸³³ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 862, 1.993.

⁸³⁴ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 118, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁸³⁵ RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 265, 1.969.

⁸³⁶ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 115, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁸³⁷ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 115, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

Los mejores resultados se obtuvieron con Azul de Metileno: se inyectaba de forma intravenosa diez centímetros cúbicos diarios de una solución en agua destilada de Azul de Metileno al 1% durante diez o quince días.

Desde el año 1.939, los casos anuales tratados descendieron lentamente manteniéndose alrededor de cien. Posteriormente, descendieron definitivamente a partir de 1.945, al emplearse medios eficaces de lucha (fundamentalmente, la eficacia de los insecticidas y la importancia de los medicamentos antipalúdicos en la profilaxis y tratamiento del paludismo) y mejorar el nivel de vida.

El paludismo, como hemos dicho, tuvo un importante ascenso del número de casos atendidos en el hospital durante la primera época de la Guerra Civil⁸³⁸. En palabras de Torres Gost, no había sitio dónde atender a tantos enfermos, desocupándose el pabellón de la Escuela de Enfermeras, que fue rápidamente habilitado. No era raro que se entremezclase casos de Kala-Azar, o esplenomegalia de otros orígenes. Por este motivo, se requería un buen clínico que hiciera un rápido y exacto diagnóstico diferencial del tipo de fiebre intermitente en cada caso. El Doctor Ortiz de Landázuri fue el elegido (Figura 1). Se trataron unos dos mil enfermos, sin defunciones prácticamente. El tratamiento fue simplemente Quinina y Plasmoquina, que era el arsenal terapéutico del que se disponía.

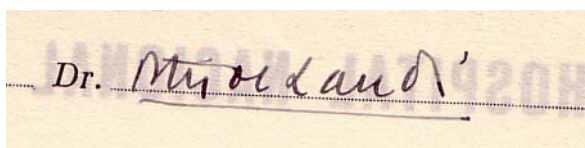
Una fotografía de una firma manuscrita en tinta oscura sobre un fondo de papel amarillado. La firma comienza con 'Dr.' seguido de 'Ortiz de Landázuri' en una caligrafía fluida y cursiva. Debajo de la firma hay una línea horizontal de subrayado.

Fig. 1. Firma del Dr. Ortiz de Landázuri en una historia clínica correspondiente a un enfermo de paludismo.

Dado que el Hospital del Rey no interrumpió su actividad en ningún momento durante la Guerra Civil, adquirió un gran protagonismo en la atención de los enfermos infecciosos procedentes del Frente Republicano. El trasiego de enfermos soldados, provocó en no pocas ocasiones el colapso del Hospital. Mayoritariamente, fueron atendidos en los pabellones I y V (el de enfermeras, especialmente rehabilitado para los enfermos de paludismo). Evidentemente, hubo excepciones. Ya se ha comentado el recurso del Hospital cuando se veía desbordado ante una epidemia: se recurría a abrir pabellones Dócker o Barracas.

⁸³⁸ “El primer verano de guerra de 1.937, el Hospital, se llenó de paludismo”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 91, 1.975.

También hay que destacar la labor no estrictamente asistencial del Hospital durante la Guerra Civil: “Eran muchas las personas que querían ingresar y no podían ser hospitalizados sin enfermedad que lo justificara. Había gentes atemorizadas, con muchísimo miedo a los procedimientos revolucionarios”⁸³⁹. Los médicos del Hospital del Rey “no tuvieron inconveniente en abrir las puertas del Hospital a personas que apenas tenían lo justo, desde el punto de vista médico, para autorizar su ingreso”. Lógicamente, estos testimonios confirman la turbulencia de la situación política en los primeros momentos de la Guerra Civil. No obstante, no sería correcto pensar que la situación del Hospital fue crítica a lo largo de toda la Guerra, ya que pasada la primera época de la contienda civil, “hacia octubre de 1.937, el Hospital se transformó en una zona de reposo donde no entraba para nada la Guerra”⁸⁴⁰.

2.3.4.3 Datos de Filiación de los pacientes.

Los enfermos de paludismo del periodo que abarca desde la inauguración del Hospital del Rey hasta la preguerra Civil fueron ingresados el pabellón I⁸⁴¹. Sin embargo, durante la Guerra Civil, los enfermos correspondientes a las historias clínicas consultadas (método de cala), fueron ubicadas en el pabellón III⁸⁴². No obstante, se constata que durante el verano de 1.938 se utiliza el pabellón-escuela de enfermeras rehabilitándose como pabellón V para la atención de estos enfermos⁸⁴³. En los años de la posguerra, se vuelve a la original ubicación del paludismo en el pabellón I.

Se muestra a continuación una lista que supone una pequeña muestra extraída al azar de las historias consultadas. Incluiremos, edad, sexo y profesión:

30 años, varón, obrero⁸⁴⁴.

16 años, varón, domiciliado en la Colonia Benéfica del Trabajo⁸⁴⁵.

26 años, varón, enfermero del Hospital Nuestra Señora del Carmen⁸⁴⁶.

24 años, varón, jornalero⁸⁴⁷.

20 años, mujer, sirvienta.

⁸³⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 89, 1.975.

⁸⁴⁰ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 90, 1.975.

⁸⁴¹ CHCHR. Historia clínica nº 409

⁸⁴² CHCHR. Historia clínica nº 16.192

⁸⁴³ CHCHR. Historia clínica nº 19.152

⁸⁴⁴ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁴⁵ CHCHR. Historia clínica nº 369

⁸⁴⁶ CHCHR. Historia clínica nº 373

⁸⁴⁷ CHCHR. Historia clínica nº 810

21 años, varón, soldado, decimosexto Batallón, Transmisiones, Frente Jarama⁸⁴⁸.

24 años, varón, Brigada A, Batallón E, División vigésimo octava, Frente del Jarama⁸⁴⁹.

30 años, varón, electricista, soldado cuadragésima novena Brigada, segundo Batallón, tercera compañía, Frente Huesca⁸⁵⁰.

30 años, varón, fontanero, soldado, 150 Brigada, 599 Batallón. Frente del Jarama⁸⁵¹.

24 años, varón, labrador, soldado trigésimo novena Brigada, tercer Batallón, cuarta compañía, Frente del Cerro del Águila⁸⁵².

21 años, varón, mecánico, Brigada 28, Frente de Somosierra⁸⁵³.

22 años, varón, rastrillador, Tercera Brigada, Primer Batallón, Segunda Compañía, Frente de Villanueva del Pardillo⁸⁵⁴.

27 años, varón, labrador, Trigésimo cuarta Brigada, Segundo Batallón, cuarta Compañía, procede del Frente de Santa María de Alameda.

Durante la Guerra Civil, los focos de adquisición del paludismo eran los propios frentes de guerra, como se comprueba con los citados: Frente del Jarama, Cerro del Águila, Frente de Huesca, etc. Se comprueba la procedencia de diversos frentes de la contienda, aunque con predominio del Frente del Jarama, por su cercanía geográfica con el Hospital del Rey. La aplastante mayoría del sexo masculino tiene una explicación directamente relacionada con el cumplimiento del Servicio Militar en África, zona endémica para el paludismo.

Existe asimismo la presencia de focos endémicos peninsulares: “Trabajaba hasta hace ocho días en las minas de Sotiel de Coronado (Huelva) donde había muchos charcos y endemia palúdica”⁸⁵⁵. Por último, destaca la juventud de los afectados, estando la mayor parte de ellos en la tercera década de vida.

De los datos de filiación se desprenden a veces datos históricos del Madrid de la época:

⁸⁴⁸ CHCHR. Historia clínica nº 16.361

⁸⁴⁹ CHCHR. Historia clínica nº 16.362

⁸⁵⁰ CHCHR. Historia clínica nº 16.195

⁸⁵¹ CHCHR. Historia clínica nº 19.252

⁸⁵² CHCHR. Historia clínica nº 16.192

⁸⁵³ CHCHR. Historia clínica nº 16.114

⁸⁵⁴ CHCHR. Historia clínica nº 16.418

⁸⁵⁵ CHCHR. Historia clínica nº 30.782

“Vecino de Alhama (Murcia). Se encuentra en Madrid, desde hace dieciocho días, viviendo en el Puente de Vallecas, en un ventorro, estando recogido en unas chozas, durmiendo en el bajo sobre paja y una lona extendidos en el suelo, pasando frío y falta de alimentos”⁸⁵⁶.

Los movimientos de masa de población, junto con las escasas condiciones higiénicas de los extrarradios de Madrid, tanto en la preguerra como en la posguerra contribuyeron a crear el ambiente epidemiológico propicio para la incubación de las grandes epidemias relatadas en estos capítulos.

En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, el paludismo es una enfermedad que con pocos días de ingreso logra un restablecimiento del enfermo en forma de curación o alivio. Esto como regla general, pues como es lógico, existen excepciones en donde el ingreso se prolonga durante semanas o meses. La corta duración del ingreso del enfermo palúdico, puede estar en relación con el origen del enfermo. Al ser la mayoría, soldados del frente, una vez resuelto el proceso febricitante, eran rápidamente requeridos por sus compañías para continuar la campaña militar en el Frente. El ejército republicano, probablemente, no podía permitirse el lujo de la ausencia de soldados con paludismo, sin heridas de guerra y “sanos” por tanto desde este punto de vista.

Es totalmente infrecuente en las historias consultadas del Hospital del Rey el fenómeno de la fuga hospitalaria, es decir, pacientes ingresados que sin esperar al alta del médico, decidían por su cuenta y riesgo abandonar el Hospital. En las historias de paludismo se constata que sí hubo varios casos de fuga⁸⁵⁷, quedando anotada la fuga en la historia clínica del paciente.

Por un lado, al ser una enfermedad frecuente en los frentes de guerra, algunos soldados usarían la fuga del Hospital como medio para no volverse a incorporar al Frente.

Y por otro lado, se trataba de una enfermedad que rápidamente respondía a la Quinina, por lo que el enfermo con frecuencia se encontraba totalmente recuperado y no veía ningún motivo para seguir ingresado en un Hospital. Evidentemente, en otro tipo de enfermedades como la Polio o la viruela, esto era extremadamente difícil.

La mortalidad de los enfermos afectos de paludismo es bajísima por lo que se deduce de los datos sacados de las Historias consultadas.

⁸⁵⁶ CHCHR. Historia clínica nº 995 CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁵⁷ CHCHR. Historia clínica nº 2235

2.3.4.4 Información epidemiológica y antecedentes patológicos.

En la información epidemiológica del enfermo palúdico, no era infrecuente objetivar antecedentes de enfermedades de transmisión sexual: “Tuvo hace dos años y medio blenorragia con epididimitis izquierda”⁸⁵⁸. Evidentemente, no guarda ninguna relación con el paludismo, y sí con el prototipo de paciente antes comentado: varón joven en edad del servicio militar. Quizás también traduce una época preantibiótica con alta prevalencia de enfermedades venéreas: “Padeció hace años Blenorragia y Orquitis unilateral ha padecido varias veces enfermedades venéreas: Blenorragia a los dieciocho años, chancros y bubones a los veinticuatro años”⁸⁵⁹.

Transcribimos, literalmente la nota autobiográfica de uno de los enfermos palúdicos atendidos en el Hospital del Rey (año 1928), por su interés en la ilustración de la coexistencia de enfermedades venéreas⁸⁶⁰:

“A los ocho años tuve pulmonía, me sangraron y me salvé. Esto fue en el pueblo que nació. Pasaron diez años y vine a vivir a Madrid, y al llevar dos años, entré en edad quinta y salí soldado, e hice el servicio veintiséis meses sin estar enfermo de ninguna clase de enfermedad. Me licencié en 1.909, en marzo, pero a los tres meses vino la guerra de Melilla y me llamaron. En un día que me dieron permiso para ir a la Población, entré con una mujer de la vida. A los diez días me vi un chancro muy duro y a los dos días un bulto en el mismo lado también duro.

Yo nunca había tenido una de esas enfermedades, no sabía lo que era y lo dejé sin hacerle caso, desapareciendo sólo a los 15 días. Días después, caí herido con dos balazos en el frente, y me trasladaron al Hospital Militar de Madrid.

Pasé allí mes y medio hasta que me curaron las heridas. Pocos días después de incorporarme a trabajar, eché sangre al hacer de cuerpo, encontrándome manchas blancas en la lengua, y manchas rosadas en el pecho. Al día siguiente visité a un médico, diciéndome que tenía Sífilis.

Me pusieron 50 inyecciones de Aceite Gris, quedando bien. Ya tenía novia, y cuando pasaron dos años pensé en casarme, y me hice revisar por un Especialista, diciéndome que había quedado bien y que podía casarme sin ningún problema, pero yo esperé un año más. Ese año tuve dos veces Blenorragia acompañada con orquitis, curándome las dos veces con una docena de sanguijuelas.

Después no tuve nada más y me casé, marchando a Argentina a trabajar. A los trece años, trabajando de electricista, me dio una parálisis en medio cuerpo derecho, quedando sin habla y con el brazo y la pierna derechas agarrotadas. Después me salieron otra vez las placas en la boca y manchas en el pecho y costras en la cabeza”.

⁸⁵⁸ CHCHR. Historia clínica n° 409

⁸⁵⁹ CHCHR. Historia clínica n° 373

⁸⁶⁰ CHCHR. Historia clínica n° 2751

Es inevitable hacer comparaciones entre los años en los que se producen estos hechos y la actualidad. Esta narración está cargada de dramatismo, pues casi desde el comienzo de la enfermedad el paciente conoce el diagnóstico, sufriendo el lento desarrollo de su enfermedad sin que no se pueda beneficiar más que de tratamientos de tipo paliativo. Años más tarde, unas inyecciones de Penicilina hubieran parado en seco la evolución de la enfermedad. Constituye sin duda un buen ejemplo de la importancia que tiene considerar cada enfermedad en su contexto histórico concreto. Sólo de esa manera podemos entender por completo la angustia sufrida, por ejemplo, por el paciente antes de su matrimonio. Estableciendo paralelismos, situaciones similares nos encontramos con aquellos enfermos que fueron diagnosticados de SIDA en la década de los ochenta.

Por otra parte, este enfermo ingresó en el Hospital del Rey con el diagnóstico de Parálisis General progresiva crónica siendo sometido a Malaria experimental. Volveremos sobre este punto más adelante. Pero quizás sea preciso preguntarse ahora por el significado del término malaria Experimental: ¿Era un paludismo inoculado en enfermos con deterioro de su estado general, a consecuencia de enfermedades crónicas progresivas incurables, con fines científicos? Es decir, para investigar de forma especial determinados aspectos de la enfermedad palúdica ¿O más bien cabe plantearse esta práctica como modo de terapéutica experimental en una enfermedad incurable como la parálisis general progresiva? Esto último, quizás pensando en el efecto beneficioso del proceso febricitante⁸⁶¹.

Aunque no se especifica en las historias consultadas, nos inclinamos más bien por la segunda opción. Sea cual sea el verdadero propósito de este proceder, podemos leer los hechos tal y como los padece un enfermo real a través de su historia clínica: el enfermo no tiene fiebre cuando ingresa, desarrollando un pico febril a los quince días de estancia en el Hospital. Además, los parásitos del paludismo se aíslan en sangre a los quince días de ingreso. Este punto de confirmarse, supone muchos planteamientos de tipo ético (Figuras 2 y 3).

⁸⁶¹ A pesar de que desconocemos la finalidad última de la Malaria Experimental en el Hospital del Rey, sí existen fuentes históricas del uso terapéutico de la Malaria en sífilíticos:

“Se sabe que antes del descubrimiento de los antibióticos, las infecciones experimentales por Malaria eran utilizadas en ocasiones con intenciones terapéuticas. El ejemplo más significativo lo constituye la producción de altas fiebres en el tratamiento de la Sífilis terciaria”.

KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 856, 1.993.

HOSPITAL DEL REY

Historia clínica núm. 2571

Del enfermo Miguel Gomer Rodríguez que ocupó
la cama núm. 12 del piso 1º del pabellón 10

FILIACIÓN

Edad 39 años Estado Colo Naturaleza colono
Profesión Electricista Residencia Maabrial
Fecha de ingreso 21 de Enero de 1928
Fecha del alta 20 de Febrero de 1928, por petición

Diagnóstico: Malaria experimental en P.G.
Tratada solo con Plasmoquina.

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

PALUDISMO EXPERIMENTAL-(en parálisis general)-5800 L, 69 gran neut, 21 linf, 6 mono
4 metamielocitos neutrófilos; 6.160.000 hematies, 75 % hemoglobina; Se observan pa-
rásitos;

Tratamiento-Plasmoquina, tanígeno.

HOSPITAL DEL REY

Historia clínica núm. 2.567

Del enfermo Cirio Perez Sánchez que ocupó
la cama núm. _____ del piso 1º I del pabellón _____

FILIACIÓN

Edad 30 años Estado SE Naturaleza Cruceca
Profesión Peluquero Residencia _____
Fecha de ingreso 21 de enero de 1928
Fecha del alta _____ de _____ de 192____, por _____

Diagnóstico: Malaria experimental

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

PALUDISMO EXPERIMENTAL-4000 L. 56 gran neut., 4 eosinófilos, 31 linf., 7 monoc., 2 me-
tamielocitos neutrófilos: 4.400.000 hematias, 80 % hemoglobina; células de vejiga;
en el examen hematológico se encuentran numerosos parásitos de terciana (monon-
tes)-El enfermo cuenta haber padecido sífilis. Trat. Plasmoquina.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Fig. 2 y 3. Dos historias clínicas correspondientes a malaria experimental de 1928.

El enfermo evidentemente recibió tratamiento con Plasmoquinina en los días posteriores. Quizás, debemos tratar el asunto con extrema prudencia ya que los escasos datos aportados por Historias clínicas consultadas no permiten extraer conclusiones definitivas.

En otras historias consultadas correspondientes a la malaria experimental, vuelve a destacar la coincidencia de que los enfermos elegidos son sífilíticos. En estas historias suele adjuntarse una declaración escrita del propio enfermo en la que, como ya hemos visto, suele

contar la historia de su enfermedad con sus propias palabras. Anotamos el testimonio de un paciente varón de 30 años de edad, natural de Cuenca⁸⁶²:

“Desde el día 16 de octubre tengo Sífilis. Gracias a Dios, un hermano mío era muy amigo del Doctor Don José de la Revilla, que comenzó a ponerme inyecciones de Neosalvarsán desde esa fecha. Me pusieron tres de quince; tres de treinta; tres de cuarenta y cinco y una de sesenta”.

Parece que con este documento escrito, el paciente corrobora que padece el proceso luético. Estableciendo similitudes entre épocas, podría corresponder este manifiesto con el actual consentimiento informado. Es algo parecido a lo que expresaría por ejemplo un enfermo oncológico que se somete a un tratamiento quimioterápico todavía no totalmente demostrado en cuanto a su eficacia.

Al enfermo arriba citado solo le hubiera faltado plasmar de manera más explícita su consentimiento: padezco sífilis, y me someto a la inoculación experimental de malaria, como posible terapéutica no totalmente demostrada. Evidentemente, los tiempos han cambiado mucho desde el punto de vista jurídico.

Es decir, de lo dicho se deduce lo siguiente: Creemos que los años en que se utilizó la inoculación experimental de Plasmodium, 1928 y siguientes, la finalidad fue un pretendido efecto beneficioso sobre enfermos que padecían sífilis. Probablemente, se asoció de manera teórica el hecho de tener un proceso febricitante repetitivo a la mejoría de una enfermedad infecciosa crónica como la sífilis.

No disponemos de datos concretos que avalen esta teoría. No obstante, fueron escasos los pacientes en los que se usó la inoculación experimental de Plasmodium, y pronto se abandonó esta técnica. Indica, de una parte, el afán de investigación de los clínicos del Hospital del Rey que no se conformaban únicamente con la labor asistencial de enfermos. Por otra parte, de manera contundente, es de justicia afirmar que los caminos de la investigación no siempre siguieron la dirección correcta. Estos enfermos que ya padecían una enfermedad difícil de soportar como era la sífilis antes de la aparición de la Penicilina, pasaban a tener el sufrimiento añadido de los accesos febriles del paludismo. Esto que se ve claro, con la perspectiva que dan los años transcurridos, nos lleva a la conclusión de exigir siempre el rigor necesario en la investigación con personas humanas. Esto, sin quitar el

⁸⁶² CHCHR. Historia clínica nº 2567

mérito a los médicos del Hospital del Rey que compensaron con creces sus posibles errores con la ingente labor sanitaria desarrollada.

Como ya hemos visto más arriba, las referencias a África, citándola como lugar de estancia previo a la adquisición de la enfermedad son abundantes:

“El año 1.915 fue a África voluntario, dándole al mes de llegar calenturas, padeciéndolas desde entonces de forma intermitente. Estaba destinado en los campamentos próximos a Tetuán en donde era frecuentísimo el paludismo, hasta el punto de darles pastillas de Quinina a todos para prevenirles la infección. A pesar de ello, dice que fueron muchos los que adquirieron el paludismo al poco de estar allí”⁸⁶³.

Aunque esta enfermedad se daba muy frecuentemente relacionada con militares que habían pasado estancias en el Norte de África, es innegable la existencia de focos peninsulares de paludismo. Esto queda reflejado con claridad en determinados enfermos: “Comenzó a tener fiebre en 1.923. Vivía en Madrid y no recuerda haber salido de dicha población. Nunca ha estado en África”⁸⁶⁴.

Es interesante, entre otros aspectos, comprobar la introducción de la profilaxis primaria para el paludismo en los comienzos del siglo XX. Este mismo enfermo “ingresó” en un hospital siendo tratado con Quinina, permaneciendo allí 6 meses hasta que lo creyeron curado. Volvió a España, donde estuvo asintomático durante 7 años. “Al volver a África en 1923, le repitió la fiebre en forma de accesos, un día sí y otro no”⁸⁶⁵. El papel de África como punto de infección y reinfección, queda ilustrado.

Asimismo la presencia de Hospitales en la zona militar del norte de África que permitían una estancia de meses, evidencia la existencia de una estructura sanitaria regional con entidad importante. En concreto, se cita el Hospital de Larache⁸⁶⁶. Otras veces, se citan otros lugares concretos de la geografía norteafricana: Tetuán⁸⁶⁷, Melilla⁸⁶⁸.

Como dato curioso, podemos citar el de un enfermo, de profesión enfermero del Hospital de Nuestra Señora del Carmen (Madrid). Cabe preguntarse si la fuente de contagio podría haber sido la atención de enfermos palúdicos en su centro de trabajo. Pero leyendo su

⁸⁶³ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁶⁴ CHCHR. Historia clínica nº 409

⁸⁶⁵ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁶⁶ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁶⁷ CHCHR. Historia clínica nº 9986

⁸⁶⁸ CHCHR. Historia clínica nº 2329

historia clínica, pronto salimos de la duda: “Ha estado en África tres años, regresando de ese lugar, hace poco tiempo”⁸⁶⁹.

Evidentemente, la procedencia de África no se cumplía en todos los casos. Es un hecho la existencia de zonas endémicas en la Península. Así, queda reflejado: “La enfermedad actual comenzó hace un mes estando trabajando en la Provincia de Ciudad Real, teniendo fiebre un día sí y otro no, muchas veces con escalofrío”⁸⁷⁰.

Otros lugares de procedencia peninsular son el mismo Madrid, y como ya hemos contado, los frentes de guerra del Jarama, Cerro del Águila, y Huesca, entre otros. Así, por ejemplo: “viene de Sereña (Toledo), donde ha trabajado, habiendo allí varios casos de paludismo”⁸⁷¹.

De los enfermos procedentes del frente durante la Guerra Civil, destaca la vacunación TAB, administrada convenientemente por el personal de Sanidad Militar. También llama la atención la rapidez de la evacuación desde el frente: estos enfermos llegaban en cuatro-cinco días al Hospital del Rey, evitando la presencia innecesaria de enfermos en el Frente, permitiendo además una rápida introducción del tratamiento que producía el restablecimiento del enfermo y su reincorporación en el Ejército.

En el interrogatorio de los soldados se pone hincapié en la fuente de agua consumida⁸⁷².

A veces, son remitidos los propios sanitarios militares, que evidentemente también podían caer enfermos: “Es sanitario de la Compañía y se ha relacionado con enfermos palúdicos”⁸⁷³.

Llama la atención la ausencia de referencia al vector de esta enfermedad, los mosquitos. En la cita realizada, hay que consultar el año 1.941, donde aparecen las primeras referencias: “Trabajaba en un tejero en pleno campo cerca el río con abundantes mosquitos”⁸⁷⁴.

⁸⁶⁹ CHCHR. Historia clínica nº 373

⁸⁷⁰ CHCHR. Historia clínica nº 384

⁸⁷¹ CHCHR. Historia clínica nº 27.689

⁸⁷² “Bebe agua de pozo”

CHCHR. Historia clínica nº 16.361

-“consume agua de tanque”

CHCHR. Historia clínica nº 16.360

-“Ignora procedencia de agua”

CHCHR. Historia clínica nº 3885

-“Baños frecuentes, en el río Manzanares donde permanecía en las horas del crepúsculo vespertino, habiendo abundantes mosquitos”.

CHCHR. Historia clínica nº 27.672

⁸⁷³ CHCHR. Historia clínica nº 16.195

⁸⁷⁴ CHCHR. Historia clínica nº 27.683

A veces, se leen con sorpresa detalles que el médico de guardia deja anotados en su escrupuloso interrogatorio: “su madre murió a los cuarenta y ocho años. Han sido ¡cuarenta y ocho hermanos!, de los que viven sólo cinco”⁸⁷⁵. En otras ocasiones encontramos supervivientes de la gripe del 18.

Se objetiva durante la epidemia atendida en la Guerra Civil una disminución en la extensión de las notas clínicas. La anamnesis y la exploración clínica son más concisas y breves. Esto se correlaciona con un aumento en el número de enfermos, y una disminución del tiempo que el médico puede emplear con cada enfermo.

Del mismo modo que el espacio físico del Hospital tiene que adaptarse a la epidemia, el tiempo del médico también tiene que economizarse, para poder llegar a mayor número de enfermos. Esto evidentemente trasciende la fría cifra matemática resultante del cociente número de asistencias por tiempo de visita, ya que observamos en dichas notas clínicas que a pesar de ser más concisas traducen una labor médica de calidad. Es decir una mayor carga asistencial, no implican una peor asistencia.

El mérito de los profesionales del Hospital del Rey, trabajando durante la Guerra Civil con lo básico para poder realizar una labor médica digna, y además asistiendo epidemias, queda demostrado sin lugar a dudas. El Doctor Ortiz de Landázuri llevó el peso de la asistencia de paludismo en la Guerra Civil, pero no fue el único, pues existen numerosos casos atendidos por el Doctor Sobrini, Doctor Valera, etc.

2.3.4.5 Descripción de la Enfermedad actual.

El diagnóstico del paludismo era directo en ocasiones, porque realmente lo que padecía el paciente era una reactivación de un paludismo ya diagnosticado y adquirido con anterioridad. No obstante, en otros casos el diagnóstico se basaba en una anamnesis correcta del paciente. Pocas entidades justificaban la presencia de un proceso febril a días alternos: “Tiene dolor de cabeza cuando le da la calentura. A las 7.00 horas de la mañana le da un frío muy grande (un día sí y otro no) que le dura entre una hora y hora y media”⁸⁷⁶.

Como ya hemos comentado, el diagnóstico a veces no era tan sencillo, pues los síntomas eran menos precisos: “Se sintió enfermo el lunes por la tarde, con náuseas y

⁸⁷⁵ CHCHR. Historia clínica nº 3812

⁸⁷⁶ CHCHR. Historia clínica nº 921.

diarrea, dolor lumbar y extremidades inferiores. Tenía cefalea e inapetencia. Por último, el paciente notó un fuerte escalofrío”⁸⁷⁷.

La orientación diagnóstica requería un clínico experimentado, pues la fiebre como tal, es algo común a cualquier proceso infeccioso. Un juicio diagnóstico adecuado evitaba agrupar dentro de una misma sala a enfermos de paludismo con procesos febriles de otra etiología, potencialmente contagiosos. Además se evitaba también el inicio de la terapia con Quinina a pacientes que realmente no tenían paludismo.

En cuanto a la periodicidad de la fiebre, varía mucho según el enfermo. Lo más persistentemente reflejado en las historias clínicas era un proceso febril que se producía a días alternos. A veces la fiebre no tenía un patrón alterno⁸⁷⁸.

Quedaban reflejadas así las distintas alternancias febriles del paludismo. Estos cambios reflejados en la periodicidad de los accesos febriles, probablemente también tenían cierta relación con la introducción de tratamientos:

“El acceso febril se producía a días alternos y ordinariamente en las primeras horas de la tarde durándole unas cuatro o cinco horas. En los intermedios el paciente se sentía completamente bien. Durante este tiempo estuvo a dieta láctea. A los dos meses después de realizar un tratamiento químico le desapareció la fiebre. Posteriormente a los quince días, volvió a repetirse en la misma forma de acceso tercianario, tratándose otra vez con Quinina de forma irregular. A partir de entonces, ha tenido fiebre con intervalos libres de ocho a diez días”⁸⁷⁹.

Así, en determinados pacientes se concluye: “Ha desaparecido la regularidad de la fiebre”⁸⁸⁰. Por último, dado que en el paludismo, a veces los antecedentes del origen de la enfermedad se remontan varios años atrás, es posible que el periodo alternante de la fiebre recordado por el paciente no se correspondiese con la realidad por falta de precisión o simplemente por olvido.

⁸⁷⁷ CHCHR. Historia clínica n° 369

⁸⁷⁸“Algunas veces tenía los escalofríos todos los días y otros se pasaban ocho días sin calentura”
CHCHR. Historia clínica n° 373

–“El paciente comenzó bruscamente con escalofrío y cefalea. Los días siguientes ha tenido el acceso febril todos los días”

CHCHR.

⁸⁷⁹ CHCHR. Historia clínica n° 2308

⁸⁸⁰ CHCHR. Historia clínica n° 2308

La fiebre se acompañaba de otros síntomas, aunque no era raro que fuese el único síntoma aislado. La secuencia de síntomas comenzaba por regla general con un intenso escalofrío, seguido por un acceso febril, que tras un tiempo de permanencia variable era yugulado a menudo por un episodio de sudoración profusa. La cefalea y el quebrantamiento general eran también habitualmente referidos por el paciente. “Cuando le da la fiebre, tiene dolor de vientre no localizado, y falta de apetito que se continúa todo el tiempo que dura la fiebre”⁸⁸¹. Estos síntomas, junto con el dolor lumbar y molestias musculares van asociados al escalofrío que precede a la fiebre.

Otros síntomas, no totalmente relacionados con el paludismo, son los del aparato respiratorio⁸⁸². Tampoco son infrecuentes los síntomas referidos en el área digestiva⁸⁸³.

En resumen, podríamos decir que nos encontramos ante un modelo de enfermedad comparativamente similar, en cuanto a tratamiento y enfoque, al que le daría un clínico de nuestra época. Es decir, se trata de una entidad cínica que a diferencia de otras tratadas hasta ahora (viruela, poliomiélitis, etc.), tenía unos parámetros diagnósticos relativamente fiables, pues la alta sospecha clínica se confirma con la certificación de laboratorio mediante la visualización del parásito en sangre. Además, una vez diagnosticada, el médico disponía de un tratamiento eficaz: la Quinina. Esto permitía una alta tasa de curación, con mortalidad bajísima, y una duración de estancia hospitalaria relativamente corta.

El paludismo se convierte de este modo en una de las escasas enfermedades infecciosas “agradecidas” para el clínico que las trataba en la era preantibiótica. El médico abandona el papel pasivo, empezando a tratar y a curar de una forma activa.

2.3.4.6 Exploración Física. Evolución.

Estamos ante una enfermedad, donde la parte principal de la exploración es la región abdominal:

⁸⁸¹ CHCHR.

⁸⁸² “tos y expectoración, lo mismo por la noche que por la mañana”
CHCHR.

–“Tos y expectoración de color verdoso”.

CHCHR.

⁸⁸³“Se queja actualmente de un dolor en el hipocondrio izquierdo con irradiación a parte anterior del tórax. Ha tenido vómitos, alguno de ellos con presencia de sangre”.

CHCHR. Historia clínica nº 2308

–“Tendencia al estreñimiento, logrando deposición diaria provocada por enema (Escíbalos)”.

CHCHR. Historia clínica nº 2308

“Ventre no timpanizado, no doloroso espontáneamente, pero sí todo él a la presión, aumentando las molestias en región hepática y esplénica. Bazo: se palpa y percute en séptimo espacio en línea axilar anterior. Hígado en quinto espacio, rebasa ligeramente el reborde costal”⁸⁸⁴.

Esto no quiere decir se omitiera el resto de la exploración, pues aunque la sospecha clínica de paludismo fuese alta tras la anamnesis precisamente tenían que descartarse otros procesos febricitantes a través de una rigurosa exploración clínica.

Los detalles apuntados en la Historia Clínica reflejan una buena experiencia clínica: “Dolor en punto cístico y en punto de McBurney. Hígado rebosa ligeramente reborde costal. Bazo se percute en noveno espacio en línea axilar, pero no se palpa”⁸⁸⁵.

Frecuentemente se hace referencia a la palidez cutánea-mucosa en los pacientes que padecen paludismo, describiendo el aspecto terroso o amarillento de la facies de estos pacientes ⁸⁸⁶.

Secundariamente al proceso febril, se objetiva muy frecuentemente la presencia de herpes labial⁸⁸⁷.

En los enfermos procedentes del frente se podía ver anotado: “Se constatan picaduras de ectoparásitos”⁸⁸⁸. En otro enfermo soldado: “Punteado rojizo poco profuso en brazos y tronco, de características hemorrágicas, que el propio enfermo atribuye a picaduras de pulgas”⁸⁸⁹. Podemos imaginar las duras condiciones en las que se desarrolló la Guerra para algunos soldados, confinados en trincheras y padeciendo los accesos febriles del paludismo y con las molestias sobreañadidas de las picaduras de los ectoparásitos.

Las alteraciones en órganos de los sentidos provocadas por la malaria no son excepcionales: “Manifiesta pequeñas sensaciones anormales en la visión”⁸⁹⁰. En el curso de

-“Presenta escalofríos, náuseas y dolor abdominal. Hace varios meses que tuvo en el mismo día dos vómitos de sangre”.

⁸⁸⁴ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁸⁵ CHCHR. Historia clínica nº 369

⁸⁸⁶“El aspecto del enfermo es pálido con ligero color amarillento”

CHCHR. Historia clínica nº 810

-“La cara tiene tinte terroso”

CHCHR. Historia clínica nº 27.683

-“Presenta cianosis labial”

CHCHR. Historia clínica nº 3926

⁸⁸⁷ CHCHR. Historia clínica nº 18.976, 18.794

⁸⁸⁸ CHCHR. Historia clínica nº 27.689

⁸⁸⁹ CHCHR. Historia clínica nº 3926

⁸⁹⁰ CHCHR. Historia clínica nº 2308

este mismo paciente se anota: “han desaparecido las alteraciones visuales, pero ha comenzado con trastorno del equilibrio”⁸⁹¹.

También se hace referencia frecuentemente a la hipoacusia, aunque como veremos más adelante se ponía en relación con el tratamiento con Quinina o derivados.

Lógicamente, durante la estancia del paciente en el Hospital, se producían accesos febriles que quedaban pertinentemente reflejados en el curso clínico: “Esta mañana a las cinco de la madrugada tiene un escalofrío intenso con aumento de temperatura seguido de sudoración profusa”⁸⁹². Se afinaba mucho en la exploración clínica, constatando cualquier cambio en dicha exploración durante el acceso febril: “Bazo en octavo espacio, duro y doloroso en polo inferior”⁸⁹³.

El seguimiento de la evolución diaria de la temperatura en el enfermo de paludismo, tiene un tratamiento especial por parte del personal de enfermería. Normalmente, en el Hospital del Rey, la hoja de cuadrícula de observaciones clínicas era mensual, anotándose en ella las principales constantes clínicas, es decir, el ritmo de respiraciones por minuto, el pulso, la temperatura y la tensión arterial. Se anotaba, asimismo, las deposiciones y la cantidad de orina. Cada día disponía, en dicha cuadrícula, de un espacio para la anotación de las constantes clínicas obtenidas por la mañana y por la tarde.

Dado que el seguimiento de un proceso febril como el paludismo debía ser riguroso y preciso, se requería una hoja en la que se pudiera reflejar de forma horaria las constantes. De este modo, se pasa de la hoja mensual a la diaria. El médico tenía a la cabecera del enfermo, un gráfico que con un simple vistazo permitía hacerse cargo de la evolución del mismo. Muchas de estas cuadrículas de constantes tienen una perforación superior, lo que demuestra que probablemente quedasen colgadas probablemente en la cama a los pies del enfermo (Figura 4).

⁸⁹¹ CHCHR. Historia clínica nº 2308

⁸⁹² CHCHR. Historia clínica nº 8102

⁸⁹³ CHCHR. Historia clínica nº 8102

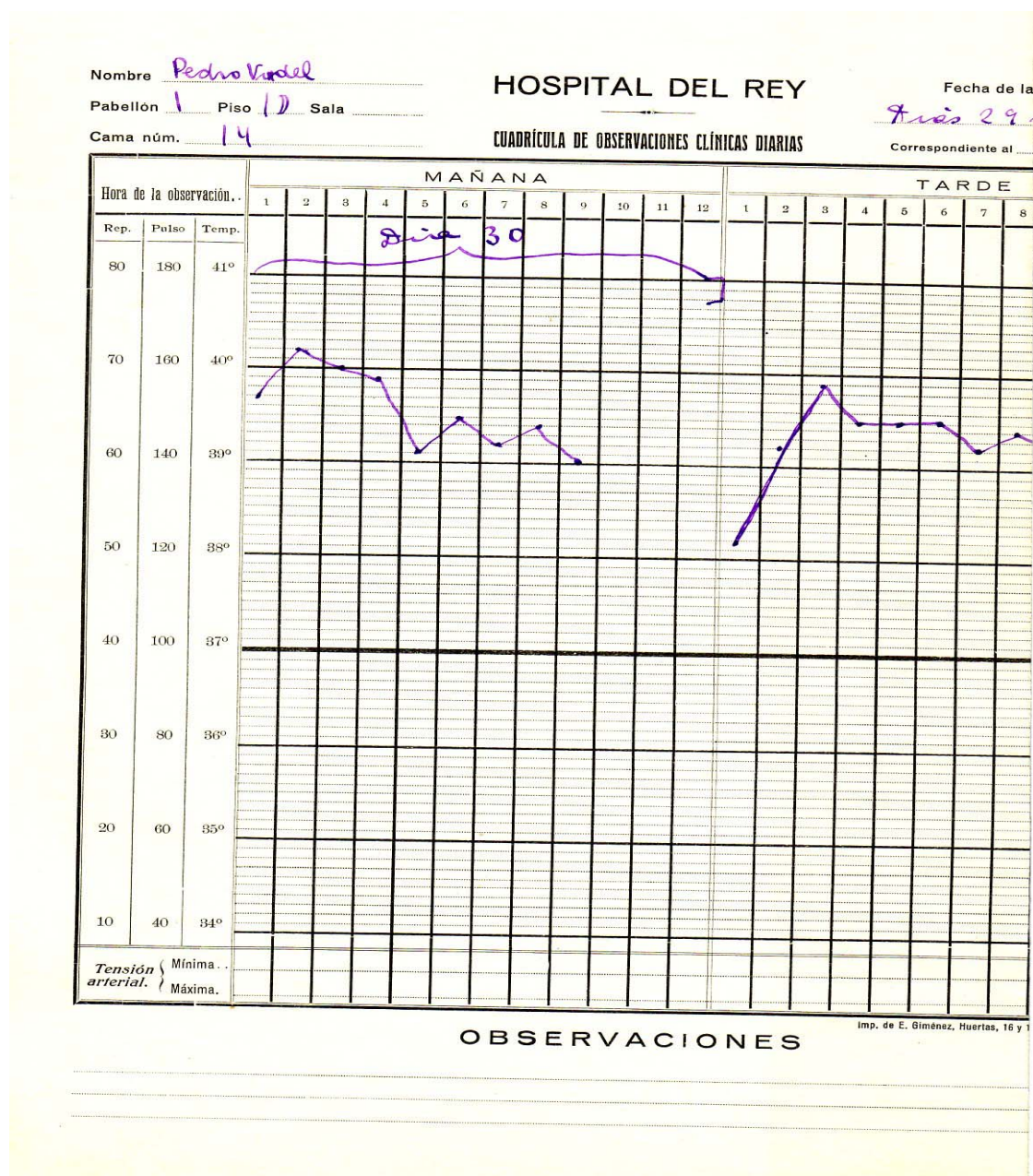


Fig. 4. Cuadrícula de constantes de un enfermo palúdico.

Este tipo de gráficos diarios y no mensuales no los hemos observado en otras enfermedades hasta ahora consultadas.

Como ya hemos dicho, la exploración clínica del enfermo palúdico era completa abarcando todos los sistemas y aparatos⁸⁹⁴, y por supuesto no se reducía a la constatación clínica de los accesos febriles.

2.3.4.7 Las exploraciones complementarias.

El examen fundamental en el paludismo era, lógicamente, la investigación de parásitos en sangre. El número de veces que se repetía el análisis de sangre, en busca de parásitos variaba según el paciente. La técnica no sólo constituía un método de diagnóstico, sino también permitía realizar un seguimiento de la eficacia terapéutica, según iban disminuyendo los parásitos en sangre.

En la primera época estudiada, correspondiente a los años de inicio del Hospital (1.925 y siguientes), observamos una descripción hematológica rica en detalles en cuanto al aspecto morfológico y cantidad de parásitos. Por ejemplo, uno de los pacientes consultados del año 1.926, presenta cinco determinaciones hematológicas en la que se describe la presencia del parásito:

“Día siete del mes presente, extracción a las cuatro horas de la tarde. Se observan anillos grandes ameboides. Algunos monontes. No se ven granulaciones de Schüffner. Poiquilocitosis y anisocitosis. Algunos gametocitos. Policromatofilia”⁸⁹⁵.

Estos parásitos habían sido identificados el día anterior como *Plasmodium Vivax*, siendo su presencia en una cantidad de un parásito por cada cien glóbulos rojos. En los días siguientes, se vuelve a cuantificar: “El día anterior se evidenció un parásito por cada cien glóbulos rojos. Hoy, uno por cada doscientos aproximadamente. Se ven semilunares”⁸⁹⁶.

⁸⁹⁴“Aparato circulatorio: pulso rítmico y lleno. Corazón: la punta late en quinto espacio, dentro de la línea mamilar, con tonos puros”.

CHCHR. Historia clínica nº 810

-“Sistema nervioso: pupilas reaccionan bien a la luz y a la distancia. Por la noche tiene sueños y se despierta sobresaltado. Sensorio sin alteraciones”.

CHCHR.

-“Aparato respiratorio: Tose algo con poca expectoración. Percusión normal; auscultación normal”.

CHCHR.

⁸⁹⁵ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁸⁹⁶ CHCHR. Historia clínica nº 921

Evidentemente, también se hacía constar el análisis de sangre rutinario: en él se hacía recuento de las distintas series hematológicas, lo que constituía la fórmula leucocitaria⁸⁹⁷.

También se hacía referencia a los valores bioquímicos de la sangre: “Sedimentación globular 63; Urea en sangre 0,26”⁸⁹⁸ (Figura 5).

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO	
<u>Formulas Leucocitaria</u>	
Neutrófilos	Dia 28-XI-25 - 63 % Dia 5-XII-25 - 70 % Dia 9-XII-25 - 76 %
Linfocitos	Dia 28-XI-25 - 23 % Dia 5-XII-25 - 26 % Dia 9-XII-25 - 12 %
Monocitos	Dia 28-XI-25 - 14 % Dia 5-XII-25 - 4 % Dia 9-XII-25 - 9 %
Eosinófilos	Dia 9-XII-25 - 3 %
Leucocitos por m.m.c.	Dia 28-XI-25 - 3.400 Dia 5-XII-25 - 9.800 Dia 9-XII-25 - 5.400
Hematíes por m.m.c.	Dia 28-XI-25 - 4.000.000 Dia 5-XII-25 - 3.900.000
Hemoglobina	Dia 28-XI-25 - 50 % Dia 5-XII-25 - 50 %
Valor globular 0,62	
Densidad 1016	
Color - Claro	
Aspecto - Claro	
Reacción Oscura	
Orina - Dp. macroscópica no visible	
Dia 29 - Urea, 35,40	
Cloruro, 2,34	
XI - Creatinina, 0,35	
1925 - Indican - Negativo	
Albumina - no	
Glucosa - no	
Acetona - no	
Fig. Biliarias	
Urobilina Positiva	
Morittus - Weis. Positiva	
Diagnóstico - negativo	

Fig. 5. Las determinaciones analíticas eran repetidas con frecuencia en los enfermos de paludismo. Año 1926.

Otra de las pruebas realizadas al enfermo palúdico es la determinación de la eliminación de Sulfofenotaleína⁸⁹⁹ en la orina, expresada en el porcentaje eliminado con respecto al administrado por vía sanguínea⁹⁰⁰.

⁸⁹⁷ Así, en el enfermo del ejemplo anterior, se detalla la siguiente fórmula leucocitaria: “Granulocitos neutrófilos 58%; Linfocitos propiamente dichos 38%; Monocitos 4%; Hematíes por milímetro cúbico: 4.400.000; leucocitos por milímetro cúbico: 4.400; Hemoglobina 38%”.

CHCHR. Historia clínica n° 921

⁸⁹⁸ CHCHR. Historia clínica n° 921

⁸⁹⁹ CHCHR. Historia clínica n° 995

⁹⁰⁰ “Eliminación de Sulfofenotaleína a la hora y diez minutos es del 30%”.

CHCHR. Historia clínica n° 921

Es decir, al clínico, del examen hematológico en conjunto, le interesan los datos bioquímicos, el análisis y la cuantificación de las tres series hematológicas y, por último, la presencia y morfología de parásitos, así como las alteraciones de la serie hemoglobínica secundarias.

Continuaremos por su importancia, ilustrando las descripciones morfológicas sanguíneas de los primeros años de atención de paludismo:

“El examen hematológico practicado al paciente en la tarde de ayer, muestra abundantes formas de Plasmodium Vivax. Se observan todas las formas de la fase esquizogónica: anillos, monotes y mórulas. Se observan igualmente abundantes micro y macrogametocitos”⁹⁰¹.

Y en otra ocasión: “Se ven escasos Plasmodium. La forma más frecuente es la de monotes con gran amiboidismo e hipertrofia globular. No se ven granulaciones de Schüffner. Se observan algunos gametocitos”⁹⁰².

Es una época en la que se usa con profusión los nombres propios, lo que produce en ocasiones descripciones con tendencia al recargamiento: “Anisocitosis, se ven esquizontes de Vivax y microgameto de Laverania, con formas en anillo. No se ven granulaciones de Schüffner”⁹⁰³.

A veces, el diagnóstico es resultado de un intenso estudio de la muestra hematológica, pues en algunos enfermos la presencia de parásitos era escasa: “Se ven sólo dos formas en anillos, una de ellas en un hematíe, retraído, y merozoítos agrupados en número de catorce sólo en un campo”⁹⁰⁴.

Los resultados de la terapia con Quinina se reflejan en muchas historias consultadas. Los resultados satisfactorios, cuando se presentaban, constituirían seguramente un motivo de satisfacción para los médicos de la época, tan poco acostumbrados en la era preantibiótica, a la resolución del cuadro infeccioso⁹⁰⁵.

⁹⁰¹ CHCHR. Historia clínica nº 369

⁹⁰² CHCHR. Historia clínica nº 373

⁹⁰³ CHCHR. Historia clínica nº 2329

⁹⁰⁴ CHCHR. Historia clínica nº 2308

⁹⁰⁵“14 de Junio 1.929: Se ven abundantes parásitos tipo Vivax en fase esquizogónica. 10 de Julio de 1.929: No se ven parásitos, ni alteraciones de la serie hemoglobínica”.

CHCHR. Historia clínica nº 3885

La tinción hematológica usada era el Giemsa⁹⁰⁶; y los métodos habituales de estudio eran el frotis y la gota gruesa⁹⁰⁷ (Figura 6).

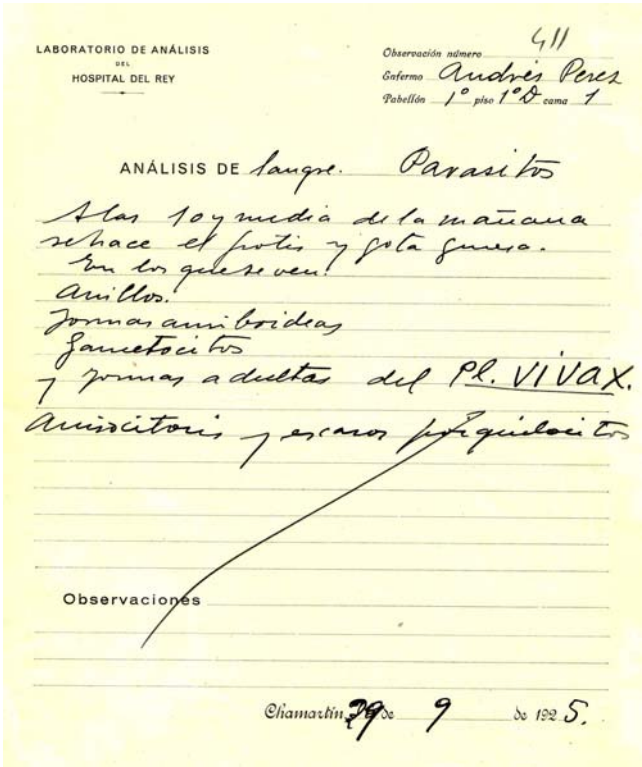


Fig. 6. Determinación de *Plasmodium Vivax* en sangre correspondiente a 1925.

A veces, se realizaban estudios horarios comparativos de las series hematológicas y de las distintas constantes vitales, intentando relacionar la variación febril con los parámetros hematológicos⁹⁰⁸ (Figura 7).

⁹⁰⁶ CHCHR. Historia clínica nº 810					
⁹⁰⁷ CHCHR. Historia clínica nº 384					
⁹⁰⁸ Hora	TA máx.	Mín.	Temperatura	Leucocitos	
11	12	7	36,9	6400	
12	13	7,5	36,6	10400	
13	12	6,5	36,4	4600	
Hora	Polis	Linfos	Monos	Rieden	Eosinófilos
12	51	35	6	3	1
13	66	21	9	4	1

CHCHR. Historia clínica nº 384

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

Observación número _____
Enfermo Francisco Sanchez
Pabellón 1° piso 1° cama 13

ANÁLISIS DE Sangre. (Jey).

Hora.	Max.	Min.	Temp.	Leucocitos	Parasitos.
11.	12	7	36°9	6.400	
<u>Grupos a las 11</u>					
12.	13	7.5	36°6	10.400	
13.	12	6.5	36°4	4.600	

Fórmulas.		Polis	Linfo.	Mono	Neutr.	Eos.	Basof.	Mielocitos
<u>A las 11.</u>								
12.		51	35	6	3	1	1	0
13.		66	21	9	4	1	0	2.

Observaciones _____

Chamartin, 21 de 9 de 1925.

Fig. 7. En esta gráfica se muestran análisis de hemogramas seriados realizados conforme variaba la temperatura del paciente. Año 1925.

El hecho de disponer de parámetros analíticos fiables, permitía al clínico iniciar estudios de investigación, cruzando dichos datos con las variaciones clínicas, sacando conclusiones concretas y fiables.

La descripción de laboratorio de la presencia de parásitos⁹⁰⁹ iba acompañada en ocasiones de un dibujo esquemático de los mismos⁹¹⁰ (Figura 8).

⁹⁰⁹“Se ven abundantes gametocitos. Gran anisocitosis, Hematíes basófilos. Policromatofilia”.

CHCHR. Historia clínica nº 810

⁹¹⁰ “Formas en anillo, amiboides y gametocitos”

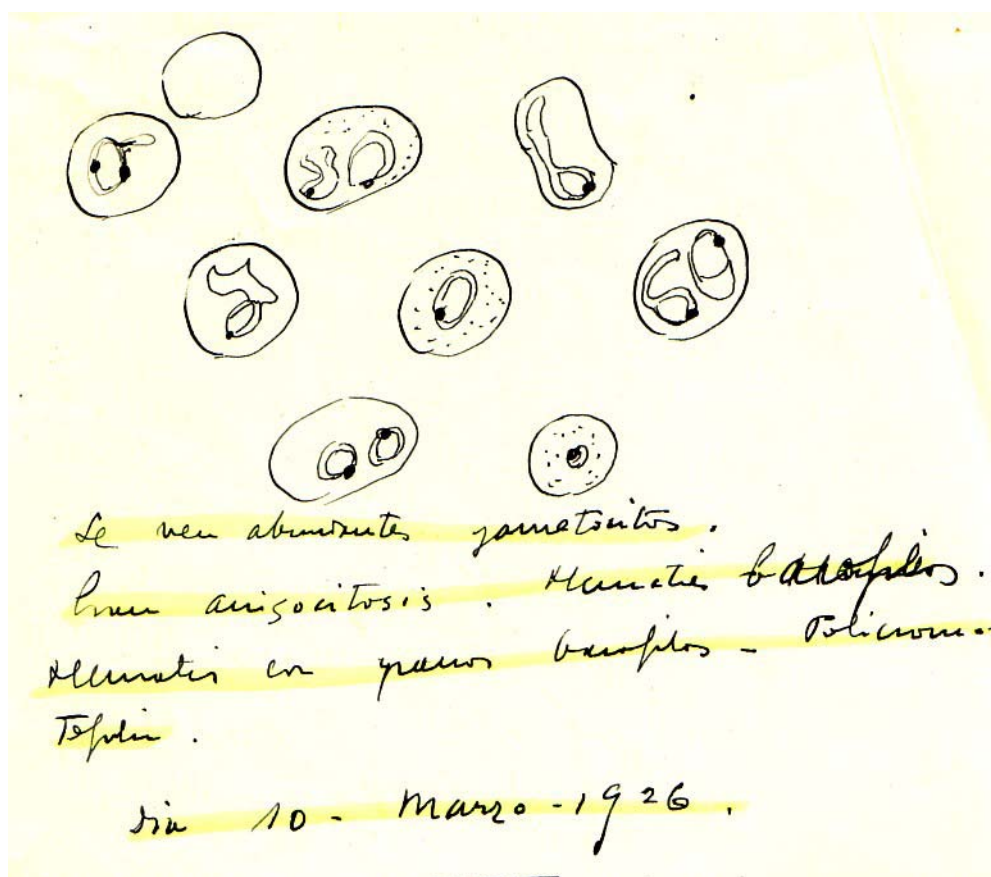


Fig. 8. Dibujo esquemático de la presencia de parásitos en sangre. Año 1926.

A veces, el estudio hematológico en busca de parásitos se completaba con hemocultivos y serodiagnóstico. Los medios de cultivo utilizados eran Bilis y el caldo glucosado para aislar el Bacilo de Eberth y *Brucella Mellitensis*⁹¹¹. El diagnóstico se usaba igualmente para descartar la presencia de fiebre tifoidea y Brucelosis.

Contrasta la profusión de detalles de laboratorio de la primera época, con la escasez y la sobriedad de las determinaciones hematológicas realizadas durante la Guerra Civil. La mayoría de los pacientes tienen una sola determinación de parásitos en sangre. Incluso alguno de ellos son negativos para la presencia de *Plasmodium*⁹¹².

Esto indica, por un lado, la escasez de medios económicos y materiales durante la contienda. No se podían hacer investigaciones repetitivas. Por otro lado, la masiva afluencia de enfermos palúdicos provocaba que en cuanto estaban recuperados mínimamente, abandonaban el Hospital, reduciendo el número de días de estancia. De esta manera no había tampoco tiempo para estudios de repetición.

CHCHR. Historia clínica n° 810

⁹¹¹ CHCHR. Historia clínica n° 8102

⁹¹² CHCHR. Historia clínica n° 16.192

El *Plasmodium Vivax* era el mayoritariamente aislado⁹¹³. No obstante, en algún caso en concreto, se hace referencia al *Plasmodium Falciparum*⁹¹⁴.

En cuanto a los resultados negativos de aislamiento de parásitos en enfermos palúdicos procedentes del frente, podríamos estar, evidentemente, ante casos de error diagnóstico⁹¹⁵. Como ya hemos dicho, el paludismo, sobre todo cuando no presentaba la típica periodicidad de la fiebre, entraba en el diagnóstico diferencial de multitud de procesos febriles. De ahí que no fuera raro el error diagnóstico. A veces, el clínico dejaba constancia por escrito de la duda diagnóstica: “se trata de un Síndrome palúdico con laboratorio negativo”⁹¹⁶.

La otra posibilidad era que estos enfermos vinieron tratados con Quinina desde el Frente. De este modo, al llegar al Hospital del Rey no presentaban parasitemia.

En los casos de paludismo experimental, ya comentados, la determinación de parásitos en sangre era muy frecuente, llegando a ser casi diaria la repetición de determinaciones analíticas y la realización de estudios experimentales.

El análisis de orina era realizado de rutina en todo enfermo ingresado. En el paludismo se observa se realización repetitiva en los primeros años de atención del paludismo, llegando a haber pacientes con diez o más analíticas de orina.

Los parámetros estudiados en el análisis de orina eran los realizados de manera estándar en otro tipo de enfermedades infecciosas: urianálisis, sedimento urinario, reacción de Meritzs-Weiss y Diazo-reacción de Erlich⁹¹⁷. Por lo tanto, el análisis de orina realizado en los enfermos palúdicos no variaba con respecto al realizado en otras entidades nosológicas infecciosas. Conforme se avanza temporalmente, y se consultan historias de años posteriores, se comprueba, que el análisis de orina es mucho menos frecuentemente realizado, y en ocasiones se obvia.

Destacamos la presencia en las historias de algunos enfermos palúdicos de un exhaustivo y detalladísimo impreso de la analítica de orina, correspondiente a los primeros años de funcionamiento del Hospital. En las enfermedades analizadas hasta ahora, no habíamos objetivado su existencia, siendo lo más frecuentemente utilizado un simple ticket del tamaño de media octavilla en el que se apuntaba el resultado del urianálisis. Sin embargo, este impreso, es un pliego de dos hojas dividido en las siguientes secciones:

⁹¹³ CHCHR. Historia clínica nº 409

⁹¹⁴ “Se observan abundantes gametos de *Plasmodium Falciparum*”

CHCHR. Historia clínica nº 27.683

⁹¹⁵ CHCHR. Historia clínica nº 16.368

⁹¹⁶ CHCHR. Historia clínica nº 16.362

“Cantidades de orina para el análisis

Caracteres físico-químicos globales (En este apartado se anotaban el color, olor, aspecto, consistencia, depósito, reacción, densidad).

Presencia de sustancias orgánicas anormales: (albúmina, mucina, albumosas, peptona, glucosa y otras sustancias ternarias como la acetona).

Pigmentos y cromatógenos: (Pigmentos biliares) Indican, urobilina, hemoglobina y derivados.

Determinación cuantitativa de los componentes hormonales de la orina, urea, ácido úrico, nitrógeno ureico, cloruros, ácido fosfórico, ácido sulfúrico, cal, magnesio, potasa, sosa, amoníaco, cenizas (sales minerales totales).

Reacciones urológicas: Se expresaba la relación porcentual o proporcional entre parejas de elementos comunes de la orina.

Examen microscópico y estudio del sedimento.

Investigaciones especiales. Aquí se incluían la Diazo-reacción y la reacción de Moritus.

Por último, se anotan las observaciones y el resumen diagnóstico”⁹¹⁸.

Resulta difícil encontrar un análisis más detallado de la orina humana, sobre todo teniendo en cuenta la fecha a la que nos referimos: 1.925. Evidentemente, el laboratorio del Hospital del Rey, en sus principios comenzó muy modestamente, con lo cual, a pesar de disponer de un impreso tan detallado, apenas se anotaban tres o cuatro apartados de todos los citados. Nuestra conclusión es que probablemente este impreso procediera copiado de algún otro hospital nacional o extranjero, que por su tamaño o economía dispusiera de un laboratorio incomparablemente mejor dotado que el del Hospital del Rey (Figura 9).

⁹¹⁷ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁹¹⁸ CHCHR. Historia clínica nº 409

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY (CHAMARTÍN)

Observación n.ºm. 201
Enfermo Andrés Pérez
Paciente 1.º piso 1.ª B. cama 1.

ANÁLISIS DE ORINA

Cantidad de orina recibida para el análisis (en volúmenes):
— emitida en las veinticuatro horas:

CARACTERES FÍSICO QUÍMICOS GLOBALES

	ORINA NORMAL	ORINA ANALIZADA
Color.....	Amarillo anaranjado.....	<u>Normal</u>
Olor.....	Sus gamas.....	<u>"</u>
Aspecto.....	Transparente, límpido.....	<u>"</u>
Consistencia.....	Pasta.....	<u>"</u>
Densidad.....	Acid. apreciable.....	<u>Acid. débil</u>
Densidad (a 15°, filtrada).....	1.017 a 1.020.....	<u>1.025</u>
Acidez total.....		

SUBSTANCIAS ORGÁNICAS ANORMALES

ALBUMINA no

MUCINA (Mucosinas)
ALBUMOSAS
PEPTONAS
GLUCOSA no

OTRAS SUBSTANCIAS TERNARIAS

ACETONA no

Grasas
Oxalato de cal.

Acido b-oxibutírico

PIGMENTOS Y CROMATÓGENOS

Pigmentos biliares no

Indican no

Urobilinas no

Hemoglobinas y derivados

DETERMINACIÓN CUANTITATIVA
DE LOS COMPONENTES NORMALES DE LA ORINA

	ORINA NORMAL		ORINA ANALIZADA	
	Por litro En gramos	En las veinticuatro horas	Por litro En gramos	En las veinticuatro horas
Urea.....	18 a 32	24 a 24.5	<u>27.30</u>	
Acido úrico.....	0.30 a 0.50	0.40 a 0.65		
Nitrogeno ureico.....	11	12 a 13		
Nitrogeno total.....	13	13.5 a 14.5		
Cloruros (en Na Cl).....	5.5 a 7	9.5 a 11	<u>2.54</u>	
Acido fosfórico total.....	1.5 a 2.5	2.4 a 3		
Acido fosfórico de fosfatos ternarios.....	0.30 a 0.55	0.60 a 0.65		
Acido fosfórico de fosfatos silicatos.....	1.20 a 1.8	1.60 a 1.95		
Acido sulfúrico total.....	1.5 a 2	2.5 a 3.5		
Acido sulfúrico conjugado.....	0.10 a 0.11	0.13 a 0.16		
Acido sulfúrico de azufre neutro.....	0.21 a 0.27	0.28 a 0.30		
Cal.....	0.16 a 0.20	0.26 a 0.32		
Magnesio.....	0.10 a 0.12	0.14 a 0.2		
Potasio.....	1.5 a 2	1.7 a 2.1		
Sodio.....	4 a 4.5	4.5 a 5		
Ammonio.....	0.5	0.8		
Extracto seco (Residuo total).....	45 a 50	53.5 a 58		
Cenizas (Sales minerales totales).....	14 a 15.5	16.5 a 21		
Residuo orgánico.....	30 a 32	30.5 a 31		

RELACIONES UROLÓGICAS

	ORINA NORMAL	ORINA ANALIZADA	ORINA NORMAL	ORINA ANALIZADA
Nitrogeno ureico a Nitrogeno total.....	85 %	%	Acido sulfúrico del azufre neutro a Acido sulfúrico total.....	13 %
Cenizas a Nitrogeno total.....	130 %	%	Acido sulfúrico total a Nitrogeno total.....	10 %
Acido úrico a Urea.....	1.75 %	%	Urea a Residuo total.....	45 %
Cloruro sódico a Nitrogeno total.....	60 %	%	Cenizas a Residuo total.....	32 %
Cloruro sódico a Urea.....	35 %	%	Acido fosfórico a Nitrogeno total.....	18.5 %
Cloruro a Residuo total.....	17 %	%	Fosfatos ternarios a Fosfatos.....	35 %

EXAMEN MICROSCÓPICO Y ESTUDIO DEL SEDIMENTO

Normal

INVESTIGACIONES ESPECIALES

Grasas negativa
Monte, de jabón

OBSERVACIONES Y RESUMEN DIAGNÓSTICO

Permeabilidad renal
Eliminación nitrogenada
Coeficiente de exhalación
Coeficiente de desoxigenación
Coeficiente de oxidación del azufre y de actividad hepática
Coeficiente de actividad biliar
Coeficiente de fosforuria relativa
Formula de los fosfatos

Chamartín 11 de 9 de 1925

Fig. 9. Una de las peticiones de análisis de orina más detalladas del Hospital del Rey correspondiente a 1925.

En los primeros años de atención del enfermo palúdico, se observa con frecuencia la realización de la Prueba de Frey. Años más tarde, se abandona su práctica. Consistía en la inyección de un miligramo de Adrenalina, comprobando con intervalos de diez minutos después de la misma, los valores de las constantes vitales (tensión arterial y temperatura), así como el examen parasitológico de la sangre. Esto se repetía unas diez veces, y si el valor de

las constantes vitales permanecía estable y no se lograba visualizar al Plasmodium en ninguna de las gotas gruesas practicadas, se hablaba de prueba de Frey negativa.

Así, el análisis realizado a un enfermo varón, de 24 años de edad, el 11 de septiembre de 1.925, queda anotado en detalle:

“A las once y media de la mañana se pone inyección de 1mg de Adrenalina. La tensión arterial antes de la inyección es de 12 máxima, y 6 mínima. El examen parasitológico previo a la inyección es negativo. La temperatura axilar es de 36,4° C. Estas mediciones, repetidas cada diez minutos ocho veces, concluyen con resultado de la prueba negativo”⁹¹⁹.

Esta prueba se realiza habitualmente en los primeros días de ingreso, pudiendo repetirse varias veces durante el ingreso, hasta lograr su positivización. A veces, la realización de esta prueba sufre pequeñas modificaciones, pues al realizar la extracción sanguínea para la gota gruesa, se utiliza también para realizar hematimetría con el consiguiente recuento de hematíes y fórmula leucocitaria. También, el intervalo de tiempo entre determinaciones sufre variaciones, y se pasa desde los diez minutos habituales a intervalos de hasta una hora.

En definitiva, llama la atención la realización de una prueba tan costosa, tanto desde el punto de vista económico como el trabajo que suponía. Imaginamos a una enfermera, totalmente ocupada al menos durante una hora con un solo enfermo, unido al personal de laboratorio analizando las muestras de sangre, y el médico que seguramente estaría presente dirigiendo la operación. Este derroche de personal, junto con el coste económico y los pobres resultados de la prueba, justifican sobradamente su abandono.

En otras historias consultadas la Prueba de Frey se denomina prueba adrenalínica. Se observa anotada en las historias correspondientes a los primeros años de atención del paludismo (en torno a 1.927) y, básicamente, consiste en la misma prueba. En determinados pacientes, se realiza en más de una ocasión. Los resultados también se detallan minuciosamente:

⁹¹⁹ CHCHR. Historia clínica nº 409

“A las once y cuarto. Se pone inyección de Adrenalina, un centímetro cúbico al 1/1000 y se realiza extracción sanguínea. A los treinta segundos aparece mácula blanca. A los cinco minutos, se produce sensación de escalofríos, con levísimo temblor de manos. A los diez minutos, temblor en todo el cuerpo, pero más acusado en manos.

A los 13 minutos sensación de hormigueo en las pantorrillas acompañada de sensación de frío, temblor más acelerado y sensación de angustia.

A los 16 minutos continúa temblor generalizado, dolor en sexto espacio intercostal izquierdo, junto con acentuación de angustia, gran temblor y frío.

A los 20 minutos se produce un gran escalofrío, con castaño de dientes. Sin embargo se produce disminución del dolor, la angustia y las parestesias. Aumenta el tamaño de mácula pálida.

A los 25 minutos, la temperatura es de 37.2° C, desapareciendo el temblor corporal.

A los 30 minutos se realiza extracción de sangre. Se palpa bazo disminuido de tamaño.

A los 60 minutos se realiza extracción de sangre. Se palpa bazo disminuido de tamaño.

A los 60 minutos, exploración esplénica sin cambios, nueva extracción de sangre”⁹²⁰ (Figura 10).

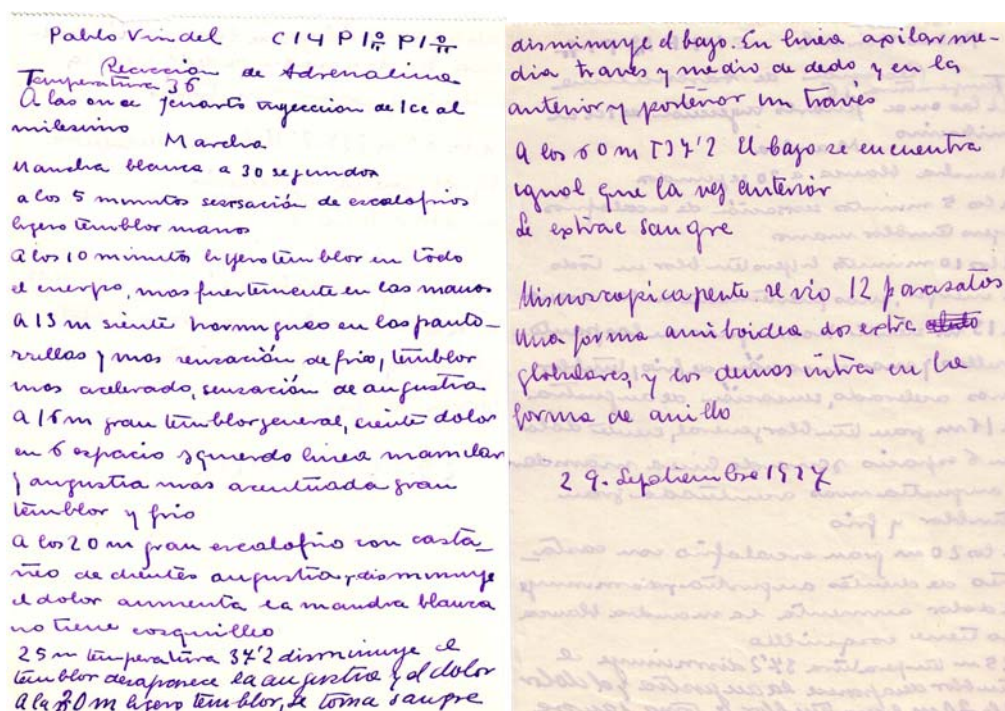


Fig. 10. Prueba de Frey en un enfermo palúdico de 1937.

Se trata de una prueba, que pone en relación en el enfermo de paludismo el parámetro corporal de temperatura, las características clínicas del bazo (modificación del tamaño por la

⁹²⁰ CHCHR. Historia clínica n° 2308

exploración y la sensación dolorosa subjetiva del paciente), la aparición del habón o mácula adrenalínica, los síntomas sistémicos y el análisis hematológico (con la modificación del número de parásitos visualizados).

Llama la atención la minuciosidad de los datos recogidos durante la prueba, con la relativa ausencia de comentarios escritos en el curso clínico. Además, su realización no es ni mucho menos generalizada. Como ya hemos comentado con anterioridad, después de practicarse en un grupo de pacientes relativamente pequeño, se abandona su práctica. Esto posiblemente refleja el carácter experimental de esta prueba. Probablemente se intentaba desencadenar un acceso febril palúdico mediante la administración de adrenalina. Al no poder llegar a unos resultados definitivamente concluyentes, se deja de realizar.

2.3.4.8 La Terapéutica del paludismo.

La práctica clínica de la época.

Para acabar este capítulo dedicado a la infección por paludismo, dedicamos unos párrafos para saber cuáles eran las líneas de conducta diagnóstica y terapéutica científicamente aceptadas en la época a la que nos hemos referido en nuestro estudio del Hospital del Rey. Para ello nos hemos basado en un Manual de Medicina interna publicado en 1920 bajo la dirección del Doctor Marañón⁹²¹.

Durante esos años, la investigación del parásito era necesaria en muchos casos clínicos dudosos para decidir el diagnóstico. De esta forma, el paludismo podía ser confundido con las Fiebres supurativas, la tuberculosis, la gripe, la fiebre tifoidea, etc.

Las técnicas de laboratorio se basaban en la detección de los parásitos en sangre periférica o de las formas endoglobulares. Según el tipo de paludismo la forma de realizar el diagnóstico microbiológico variaba levemente. En general, se aconseja realizar el examen microbiológico de la sangre al terminar el descenso del acceso febril y algunas horas más tarde.

El parásito de la cuartana y el de la terciana se reconocen por la presencia de las granulaciones de pigmento melánico. El diagnóstico microbiológico de las infecciones estíotoñales ofrece, por un lado mayor facilidad en cuanto al número de parásitos ya que suelen ser abundantísimos en la sangre periférica, pero en cambio las formas endoglobulares

jóvenes suelen ser pequeñas, constituidas por un delgado anillo protoplasmático hialino en el estroma del glóbulo rojo y sin pigmento melánico. En la terciana sencilla debida la Plasmodium Vivax, durante los primeros ataques, muchas veces los parásitos son sumamente escasos en la sangre periférica, de tal suerte, que el examen hematológico puede aparecer negativo si no se repite con insistencia.

Existen casos de paludismo latente en los que el hallazgo del parásito resulta difícil. En los casos de paludismo latente se puede emplear la inyección subcutánea de un miligramo de Adrenalina que va seguida a los treinta minutos de una movilización de los parásitos en la sangre circulante con disminución del volumen del bazo, lo que puede ser muy útil para el diagnóstico.

Normalmente, el examen de la sangre debe hacerse por la punción de la yema de un dedo. Jamás debe olvidarse el examen directo en fresco. Para la coloración rápida pueden adoptarse, pero el método más apropiado es actualmente el del Giemsa.

En cuanto al tratamiento de la infección palúdica, éste se basa en el empleo de las sales de quinina. La preparación más empleada durante el siglo XIX ha sido el sulfato de quinina. Pueden administrarse por vías gástrica, subcutánea, y más rara vez por vía rectal o en inyección intravenosa. Por vía gástrica se usa generalmente el bisulfato en disolución, en sellos de tercio o cuarto de gramo. El inconveniente de esa mezcla es que tiene un gusto muy amargo. Después de la toma se aconseja la toma de abundantes líquidos. La vía hipodérmica tiene el inconveniente de que las inyecciones son muy irritantes y fácilmente ocasionan abscesos. En general se evitan estos inconvenientes utilizando las inyecciones intramusculares.

El paludismo no debe tratarse el paludismo durante un tiempo inferior al de quince o veinte días. La cantidad de quinina que se debe dar nunca será los primeros días inferior a un gramo. La hora de administrar el medicamento debe ser unas seis u ocho horas ante del acceso.

Finalmente hay un tratamiento sintomático en las fiebres palúdicas graves: las alteraciones del ritmo cardíaco se tratarán con cafeína y los cardiotónicos en general; la fenacina y la antipirina pueden ser usados en casos de cefalalgia persistente. El estreñimiento que a veces es muy persistente, se tratará convenientemente con los

⁹²¹ HERNANDO, T., MARAÑÓN, G., et al., *Manual de Medicina interna. Tomo III. Enfermedades de las glándulas de secreción interna de la sangre, de la nutrición, infecciosas y parasitarias; avitaminosis, cáncer.* Madrid: Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

calomelanos o con irrigaciones intestinales. Los casos de diarrea requieren el empleo de los antringentes (tanígeno, subnitratado de bismuto, slol, etc.).

La práctica clínica en el Hospital del Rey.

El tratamiento estándar del paludismo y utilizado desde los primeros años de funcionamiento del Hospital fue el Sulfato de Quinina a dosis, por ejemplo, de “cincuenta centigramos en sellos, uno cada dos horas”⁹²². La dosis iba reduciéndose conforme la sintomatología del paciente iba mejorando.

En el paciente citado, la dosis se mantuvo dos días, reduciéndose el tercer día a tres sellos de cincuenta centigramos al día, y posteriormente a cuatro sellos de veinticinco centigramos al día. Así se mantiene diez días, para reducirse a dos sellos de veinticinco centigramos al día. Conforme se consulta historias de años posteriores, se comprueba que se combina la vía oral con la administración parenteral⁹²³.

En una enfermedad como el paludismo, se comprueba que el tratamiento con Quinina estaba muy extendido en España, siendo su uso extrahospitalario muy frecuente. Esto tenía grandes ventajas pues permitía al enfermo de Malaria beneficiarse del tratamiento, sin tener que salir de su domicilio. Recordemos los hospitales de la época, con sus salas atestadas de enfermos infecciosos.

Por otra parte, la gran desventaja era el incumplimiento y la irregularidad en la realización del tratamiento por parte del enfermo, muchos de los enfermos que llegaban al hospital habían sido tratados con Quinina, pero de una manera insuficiente o inadecuada:

“Estuvo en el pueblo de Colmenar de Montemayor (Salamanca) de 1.923 a 1.924. Durante ese tiempo tuvo varios accesos que se le quitaban con Quinina. El tratamiento al parecer lo hacía con irregularidad y escasez por dificultades para adquirir la Quinina”⁹²⁴.

⁹²² CHCHR. Historia clínica nº 369

⁹²³ Así, podemos leer: “Clorhidrato de Quinina, 50 centigramos, con 20 centigramos de Uretano en un centímetro cúbico de agua para una ampolla intramuscular. Dos sellos de 50 centigramos de Sulfato de Quinina al día”.

CHCHR. Historia clínica nº 2329

⁹²⁴ CHCHR. Historia clínica nº 409

También queda reflejado en el siguiente caso, interesando también el empleo de Quina de vino como antipalúdico:

“A los dos días de llegar a África comenzó con escalofríos durante seis días consecutivos. No se trató con nada más que con vino de Quina durante varios días, quedando asintomático. Volvieron los accesos febriles, teniendo que tomar sellos de Quinina de cincuenta centigramos. Pronto los dejó. Así ha estado una época, tomando Quinina por unos días cada vez que ha tenido fiebre, hasta hoy en que ingresa en el Hospital del Rey”⁹²⁵.

Por último, queda bien expresado en palabras de Manuel Tapia: “Desde hace tres años padece Malaria, que ha sido tratado con Quinina. Parece que siempre ha sido el tratamiento insuficiente”⁹²⁶.

En esta entidad, es importante destacar que en muchas ocasiones el médico esbozaba el tratamiento en el curso clínico, pero para objetivar las dosis utilizadas y la exacta posología de cada medicamento es necesario atender a las gráficas de constantes clínicas del enfermo. Era allí donde el personal de enfermería anotaba con exactitud el uso horario y la dosis empleada de cada medicamento.

Comprobamos que la aparición de intolerancia y reacciones adversas a los derivados de Quinina no eran infrecuentes. En estos casos, el intercambio de unos derivados a otros, y la modificación de la vía de administración era la regla. No observamos un criterio uniforme de modificación. Quedaba más bien a elección personal del médico que intentaba ir cambiando las asociaciones terapéuticas hasta encontrar la pauta más eficaz, y con mayor tolerancia.

Por ejemplo, comentamos el caso de un paciente estándar en el que se inicia una pauta terapéutica: “Clorhidrato de Quinina cincuenta centigramos, más Uretano veinte centigramos y agua un centímetro para una ampolla diaria intramuscular; y además, un gramo de clorhidrato de Quinina por vía digestiva en dos sellos”⁹²⁷. El enfermo, los días siguientes presentó: “vómitos y dolor de cabeza, con ligera epistaxis y mareos. Se decide suprimir el tratamiento con Quinina y comenzar con Neosalvarsán quince centigramos”⁹²⁸. Dos días más tarde, se reinicia Quinina, lo que demuestra que estas reacciones adversas se

⁹²⁵ CHCHR. Historia clínica nº 2235

⁹²⁶ CHCHR. Historia clínica nº 16.099

⁹²⁷ CHCHR. Historia clínica nº 2308

trataban en muchos casos de intolerancia inicial relacionada con la dosis, resolviéndose con la retirada de la medicación y su posterior reintroducción de forma más progresiva.

Por lo tanto, y nos parece un hecho a destacar, se objetiva en numerosos casos clínicos el que la aparición de reacciones adversas por el uso de derivados de la Quinina, no suponía una suspensión definitiva de la misma. Se procedía a una suspensión de varios días, es decir de forma temporal, para su inmediata reintroducción en cuanto desaparecían los síntomas adversos del paciente. De aquí se deduce, que la mayoría de los efectos adversos eran considerados dosis-dependientes y no idiosincrásicos. Es decir, no era un problema de alergia o intolerancia personal del paciente al medicamento.

Una vez superados determinados niveles del fármaco aparecían estos efectos indeseados, por lo que se procedía a un descanso temporal del medicamento que permitía un lavado de las dosis acumuladas del mismo⁹²⁹.

Quizás, desde una visión de la medicina actual, donde los nuevos medicamentos tienen que superar rigurosos controles a través de ensayos clínicos, pueda ser criticable, la persistencia del tratamiento con Quinina en determinados pacientes, a pesar de la aparición de reacciones adversas nada banales: “El paciente se queja de sordera que apareció hace cinco o seis días. Subjetivamente, se le acentúa con la administración de Quinina. Antes oía perfectamente”⁹³⁰. Se suspende la medicación varios días, pero se reintroduce otra vez, sin volver a hacer mención de la importante reacción adversa en forma de sordera.

No obstante, a veces no era un problema que se resolviese sólo modificando la dosis o cantidad de fármaco empleado, y se requería el cambio de la vía de administración o del principio activo. En la historia de uno de nuestros pacientes, podemos leer:

“Pocos días más tarde, aparecen alteraciones visuales en forma de sensaciones anormales. Se decide suspender la Quinina por vía digestiva, manteniendo la administración intramuscular, por su intolerancia. Posteriormente, desaparecen las alteraciones visuales descritas, pero se mantiene el trastorno de equilibrio. Se

⁹²⁸ CHCHR. Historia clínica nº 2308

⁹²⁹“El paciente tiene zumbidos de oídos, dolor de cabeza y vientre después de tomar los sellos de Quinina”

CHCHR. Historia clínica nº 3885

-“Por las molestias que produce la Quinina se suprimen los sellos de la misma”.

CHCHR. Historia clínica nº 3926

- “Habiendo desaparecido las molestias apuntadas el día veinticuatro, vuelve a tomar el gramo y medio de Quinina en tres sellos al día”.

-“Se suspende la inyección intramuscular de quinina por lo dolorosa y tumorosa que está la región glútea”.

CHCHR. Historia clínica nº 3885

⁹³⁰ CHCHR. Historia clínica nº 384

suspenden las inyecciones intramusculares de Quinina, iniciando la administración de Plasmoquina, seis tabletas al día después de cada comida”⁹³¹.

Conforme avanzan los años, se comienza a usar la vía venosa de administración, sin abandonar la vía digestiva y la intramuscular: “Cloruro de Quinina, medio gramo intravenoso y un gramo y medio por vía digestiva. Plasmoquinina simple, ocho centigramos al día por vía digestiva”⁹³². Se mantiene con este tratamiento, minuciosamente apuntado de forma diaria en la cuadrícula de observaciones clínicas, hasta que la persistencia de la fiebre hace que se suba la dosis de Cloruro de Quinina intravenoso hasta un gramo diario en dos veces. Posteriormente, cuando se reduce la fiebre, se cambia la vía intravenosa por la intramuscular, manteniéndose la misma dosis.

De lo dicho hasta ahora, podríamos deducir que el clínico sólo se guiaba por la tolerancia del paciente al tratamiento para modificarlo. Sin embargo, eran los parámetros clínicos del paciente los que cobraban gran importancia a la hora de decidir la modificación de la pauta terapéutica. La fiebre, minuciosamente detallada por horas en la gráfica de constantes clínicas, junto con el estado clínico general del paciente, era lo más importante para la modificación de la dosis diaria y los intervalos entre cada administración.

Dentro de la exploración clínica, y por lo tanto aquellos datos en los que el clínico se guiaba para modificar la terapéutica, era la semiología esplénica lo que más se destacaba en el curso clínico diario. El tamaño del bazo determinado por el espacio intercostal donde se palpaba o percutía, junto con la sensación subjetiva de dolor por parte del paciente eran datos constantemente apuntados:

“Durante el acceso febril, el bazo se palpa en el octavo espacio intercostal, siendo duro y doloroso el polo inferior. Dos días después, el paciente se encuentra muy mejorado, habiendo desaparecido el dolor a la presión en región esplénica. Ayer, dijo el paciente que sintió dolor tipo pinchazo en el bazo. El bazo sigue percutiéndose en noveno espacio intercostal, persistiendo las molestias en costado izquierdo”⁹³³.

⁹³¹ CHCHR. Historia clínica n° 2308

⁹³² CHCHR. Historia clínica n° 3926

Otro fármaco que lógicamente se usa como antipirético, conforme pasan los años es el Piramidón. No podía ser de otra manera, pues estamos ante una enfermedad en la que el síntoma princeps era la fiebre. Su uso, como terapia en la enfermedad del paludismo, comienza a observarse en los años treinta⁹³⁴.

Durante la Guerra Civil, el arsenal terapéutico se reduce, y en la gran mayoría de las Historias Clínicas consultadas el único medicamento utilizado es el Sulfato de Quinina. Se utiliza por vía digestiva a la dosis de dos gramos diarios, administrados en forma de sellos. Se usa de forma mucho menos frecuente el Piramidón y la Plasmoquinina. Se puede deducir, lógicamente, la existencia de problemas en el reparto de suministro de medicamentos en la retaguardia Republicana, así como escasez de medios económicos.

En cuanto a los casos de paludismo experimental, el tratamiento utilizado es la Plasmoquina en forma de cinco comprimidos de diez centigramos al día. El tratamiento se introducía con la aparición del primer pico febril.

La dieta de los enfermos palúdicos también era diariamente apuntada en la hoja de alimentación y medicación. Podía ser ración ordinaria o de convaleciente. Leemos un día estándar que no varía con respecto al que se encuentra en otras entidades nosológicas infecciosas no acompañadas de afectación intestinal:

“7 horas: café con leche y pan.

12 horas: Sopa, carne guisada, merluza, pan y postre:

18 horas: sopa, verdura, filete, pan y postre”⁹³⁵.

Los días festivos se variaba el menú con la introducción de paella en el almuerzo y cordero en la cena.

En los primeros años, en el tratamiento palúdico se pone cierto énfasis en la leche en forma de suplemento en la dieta normal del enfermo.

Por otra parte, existen numerosos medicamentos que se pueden calificar de coadyuvantes en el paludismo. El uso de derivados del hierro y extractos de hígado, son complementos para el paciente anémico que queda con un “tinte pálido y terroso de la piel”⁹³⁶, tras el acceso palúdico. Los preparados comerciales varían según los años consultados (Por ejemplo: Higavet⁹³⁷ o Malaton⁹³⁸ de hierro en forma de quince gotas dos

⁹³³ CHCHR. Historia clínica nº 2308

⁹³⁴ “Piramidón 0,10 gramos en el pico febril”.

CHCHR.

⁹³⁵ CHCHR. Historia clínica nº 3885

⁹³⁶ CHCHR. Historia clínica nº 27.683

⁹³⁷ CHCHR. Historia clínica nº 921

⁹³⁸ CHCHR. Historia clínica nº 2329

veces al día). El extracto de hierro más usado es el Phosphorrenal⁹³⁹ con hierro en vial intramuscular.

Durante la Guerra Civil, el tratamiento con Sulfato de Quinina o Plasmoquina, a veces era precedido por el uso de Atebrina a dosis de 0,4 gramos durante cinco días, coincidiendo con los accesos febriles⁹⁴⁰.

Cuando los efectos adversos del tratamiento con Quinina se centraban en el aparato digestivo, en forma de molestias inespecíficas, se recurría al tratamiento con “licor de Jowler cinco gotas antes de cada comida y aumentando una todos los días”⁹⁴¹.

Si predominaba la diarrea, se recurría al “Tanigeno y Opio dos sellos al día”⁹⁴². No es infrecuente observar las combinaciones de opiáceos y dieta especial: “Régimen: Leche y extracto Tebaico”. Otras veces, se apunta: “Manzanilla con Carabaña”⁹⁴³.

Otros remedios escasamente utilizados: “Grageas de cáscaras sagradas de Park y Davis, junto con Aceite de Ricino”⁹⁴⁴.

Otra forma de tratamiento empleado en el enfermo Palúdico es la pomada de Helmerillh⁹⁴⁵, aplicada en forma de fricción tópica cutánea.

De forma anecdótica, consta el uso de leche en forma de inyección intramuscular. Desconocemos la intención terapéutica de esta vía de administración, pero fue rápidamente desestimada por el dolor provocado. “Tiene sensación de dolor en la nalga en que se le puso la inyección. No ha dormido en toda la noche. Tratamiento: Se mantiene igual, a excepción de la inyección de leche”⁹⁴⁶. Se usa también de forma esporádica la Cinconina a dosis de 1,5 gramos al día.

La introducción del Neosalvarsán se observa como complemento de la terapia con Quinina, sobre todo cuando esta última se tiene que suspender o disminuir de forma temporal por sus efectos adversos⁹⁴⁷. La dosis de Neosalvarsán variaba entre 15 y 45 centigramos por vía intravenosa. Generalmente, cuando se usaba este principio terapéutico se suspendía la administración de Quinina, aunque no era raro que se intercalasen días de uso de Neosalvarsán con otros días de Quinina. Se puede deducir, que para no dejar totalmente descubierto al paciente palúdico, se usaba Neosalvarsán los días de descanso de

⁹³⁹ CHCHR. Historia clínica nº 2308

⁹⁴⁰ CHCHR. Historia clínica nº 19.252

⁹⁴¹ CHCHR. Historia clínica nº 3026

⁹⁴² CHCHR. Historia clínica nº 3026

⁹⁴³ CHCHR. Historia clínica nº 395

⁹⁴⁴ CHCHR. Historia clínica nº 2270

⁹⁴⁵ CHCHR. Historia clínica nº 810

⁹⁴⁶ CHCHR. Historia clínica nº 384

⁹⁴⁷ CHCHR. Historia clínica nº 384, 606, 703

la Quinina. El uso de Neosalvarsán se observa prácticamente desde los primeros meses del funcionamiento del Hospital.

En resumen, se dispone de un arsenal terapéutico eficaz representado por el sulfato de Quinina, el clorhidrato de Quinina y la Plasmoquina, usados por distintas vías. Las dosis empleadas, las vías de administración, la duración del tratamiento, y el uso de terapéutica coadyuvante variaban mucho según el médico responsable. Quizás la gran variación de las pautas terapéuticas de un caso a otro, reflejaba un afán de investigación por parte del clínico de la época. Existía un gran interés, en encontrar la dosis adecuada y la combinación terapéutica eficaz para atenuar cuanto antes los síntomas del enfermo febricitante. Eso explicaría los ensayos terapéuticos anecdóticos y rápidamente desechados (por ejemplo la inyección intramuscular de leche).

Salvando las distancias y sin querer establecer un paralelismo por la distancia de años, algo parecido pasa con la modificación continua de la combinación de fármacos en el tratamiento del enfermo con SIDA.

A la vista de estas pautas de conducta diagnósticas y terapéuticas consideradas como científicamente aceptables durante la época que corresponde al estudio del Hospital del Rey, podemos concluir que los profesionales de dicha institución no solo se adecuaron correctamente al pensamiento científico de aquellos años, sino que en muchos casos se adelantaron innovando conceptos en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas.

2.3.5 TIFUS EXANTÉMICO.

2.3.5.1 Introducción.

El tifus epidémico está causada por el agente *Rickettsia Prowazekii* y es transmitido a los humanos mediante el *Pediculus Humanus Corporis*, infestación que se asocia con la higiene escasa⁹⁴⁸. Esto se debe a que el piojo gasta su existencia unido a las ropas de los seres humanos y la sangre humana constituye su único alimento.

El piojo transmite la enfermedad de persona a persona. La enfermedad se adquiere por contacto de la piel con las deyecciones de los piojos, a través de las pequeñas escoriaciones que se producen con el rascado. El tifus epidémico se asocia con pobreza, guerras, climas fríos y catástrofes naturales. Se pueden realizar medidas de profilaxis específica mediante inmunización de la población susceptible por medio de vacunación.

El periodo de incubación es de siete días aproximadamente. El comienzo de la enfermedad es brusco con postración, cefalea severa y estado febril. El rash cutáneo aparece en el quinto día de fiebre. La erupción cutánea comienza en forma de máculas confinadas a los pliegues axilares, pero después se extiende en tronco y extremidades y puede llegar a ser petequiral y confluyente. Son frecuentes la fotofobia, la hiperemia conjuntival y el dolor ocular.

En los casos sin tratamiento, el desenlace fatal ocurre hasta en un 40%, con fallo multiorgánico y gangrena digital. Un 12% de estos casos graves tienen manifestaciones neurológicas. El diagnóstico actual se basa en el serodiagnóstico mediante la inmunofluorescencia indirecta. La reacción de Weil-Félix con *Proteus OX-19* (descrita en 1916 por el vienés Edmund Weil y el inglés Arthur Felix)⁹⁴⁹, también es positiva pero es menos útil porque puede ser positiva en otras enfermedades causadas por *Rickettsias*, es decir se dan con frecuencia las reacciones cruzadas.

Las primeras descripciones de esta enfermedad se realizaron en el año 1489, durante la reconquista en el asedio al último bastión moro de Granada. Los médicos españoles describieron más de 17.000 muertos por una enfermedad cuya descripción concuerda con el tifus exantemático⁹⁵⁰.

⁹⁴⁸ BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1069, 2001.

⁹⁴⁹ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1081, 1.993.

⁹⁵⁰ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1082, 1.993.

Girolamo Fracastoro publicó en 1.546 la primera descripción exhaustiva del tifus exantemático⁹⁵¹. Allí habla de esta entidad bajo el nombre de Morbus Lenticularis⁹⁵². En la retirada del Ejército Francés de Rusia en 1812, se dio una gran epidemia de tifus exantemático. A lo largo de historia, por lo menos hasta mediados de siglo XIX, siempre existió una confusión terminológica entre la fiebre tifoidea y el tifus exantemático, no faltando facultativos que pensaron que ambas entidades eran lo mismo.

En 1909, Charles Nicolle, director del Instituto Pasteur en Túnez, demostró que el piojo era el vector del tifus exantemático. En 1916, el brasileño Enrique da Rocha Lima describió por primera vez a la bacteria causante de la enfermedad: *Rickettsia Prowazekii* (ambos nombres en recuerdo de Howard Ricketts y Stanislaus von Prowazek, investigadores que murieron infectados por tifus exantemático cuando trataban de describir su agente causal)⁹⁵³.

Durante la Segunda Guerra Mundial, las fuerzas norteamericanas realizaron una intensa investigación tratando de encontrar agentes que pudieran erradicar los piojos. Felizmente, se describió que el DDT era un agente eficaz contra los piojos. Sin embargo dos décadas después, tuvo que abandonarse por el desarrollo de resistencias por parte del piojo, y por el impacto sobre el entorno ecológico del DDT⁹⁵⁴.

En 1948, las Tetraciclinas y el Cloramfenicol fueron descubiertos y demostraron una gran eficacia en el tratamiento de las enfermedades producidas por *Rickettsias*. Desde 1950, el tifus exantemático ha estado presente en Etiopía, en la zona andina de Bolivia y en las regiones asiáticas del Himalaya⁹⁵⁵.

2.3.5.2 El tifus exantemático en España y en el Hospital del Rey.

En España, se presentaron pequeños brotes a partir de 1.903, cuando Cortezo emplea el despiojamiento hasta 1.922 en que disminuye el número de casos⁹⁵⁶. En concreto la epidemia de 1.903-1.904 se presenta en Madrid en un Asilo de mendigos y vagabundos, construyéndose de

⁹⁵¹ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1082, 1.993.

⁹⁵² SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 101, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁹⁵³ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1083, 1.993.

⁹⁵⁴ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1083, 1.993.

⁹⁵⁵ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1084, 1.993.

forma provisional el Hospital de Epidemias del Cerro del Pimiento, como ya hemos comentado en el capítulo introductorio. La epidemia pronto se extiende a los barrios de Cuatro Caminos, Vallecas y Embajadores. Años más tarde, se declara la epidemia de 1.916. En esta ocasión, se instalan pabellones tipo Dócker en el recinto hospitalario de San Juan de Dios, registrándose 143 defunciones⁹⁵⁷. Posteriormente, estos pabellones se emplearán en el Hospital del Rey, dando una gran flexibilidad a esta institución en momentos de las grandes epidemias.

Durante la Guerra Civil, en el Frente se dieron pocos casos. Fue en la posguerra cuando se presentaron las condiciones óptimas para la epidemia.

En 1.959, se presentó el último caso en nuestro país. En 1.941, se padeció una grave epidemia que ocasionó miles de casos y víctimas: en 1.941, hubo 1283 defunciones; en 1.942, 1781; y en 1.943, 1307⁹⁵⁸.

En el Hospital del Rey, en 1.941, cuando todavía existían ingresados en las salas del Hospital cuarenta casos de viruela procedentes de la epidemia de 1.939, ingresaron mil novecientos enfermos de tifus exantemático, que produjeron ciento noventa y una defunciones⁹⁵⁹.

La morbilidad⁹⁶⁰ desde la creación del Hospital del Rey por tifus exantemático se sitúa en torno a la decena de casos hasta los años 1.931, 1.932 y 1.933 en los que no se registra ningún caso. A partir de 1934, vuelve a aparecer con cifras bajas hasta que en la posguerra se registró la explosión epidémica con mil novecientos casos en 1.941, y mil quinientos ochenta casos en 1.942, descendiendo en los años sucesivos, hasta desaparecer completamente en 1.959.

La letalidad⁹⁶¹ que fue de un 13.72% en el decenio de 1.925 a 1.934, disminuyó manifiestamente con la utilización de antibióticos, desapareciendo finalmente a partir de 1.951, demostrando el valor de la Tetraciclinas en el tratamiento.

Los números de morbilidad y letalidad son evidentemente proporcionales en los distintos años: 1.938 (un caso); 1.939 (sesenta casos, ocho defunciones); 1.940 (nueve casos, una

⁹⁵⁶ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 105, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁹⁵⁷ Todo esto teniendo en cuenta que la confirmación experimental de la participación del piojo no llegó hasta 1.909 con Nicolle.

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 238, 1.969.

⁹⁵⁸ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 105, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁹⁵⁹ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 105, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁹⁶⁰ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 106, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

⁹⁶¹ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 106, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

defunción); 1.941 (mil novecientos casos, ciento noventa y una defunciones); 1.942 (mil quinientos ochenta casos, ciento sesenta y nueve defunciones); 1.943 (ochenta casos, cinco defunciones); 1944 (treinta y cuatro casos, una defunción); 1.945 (dieciséis casos).

El brote epidémico de tifus exantemático tuvo lugar en el Madrid de la posguerra al concurrir dos características necesarias: el hacinamiento de multitudes y la falta de condiciones higiénicas. “La situación sanitaria era simplemente un caos en los primeros meses de la posguerra. Madrid era un auténtico revoltijo de evacuados, mezcla imponente de gentes de Andalucía, Extremadura, Toledo, Ciudad Real, etc.”⁹⁶².

Siguiendo a Torres Gost, podemos decir que a este factor se añadía otro no menos preocupante, pues la presencia en la capital de numerosos soldados marroquíes infundía verdadero pavor epidemiológico. Todo contribuyó a la aparición de una epidemia: “La promiscuidad de gentes, el hacinamiento de familias en una vivienda, la escasez de jabón y detergentes, la falta de elementos para calentar el agua con que lavarse someramente, y por último, la alimentación, escasa, poco variada y cara”⁹⁶³. Todo esto provocó la aparición de la epidemia del tifus exantemático, que surgió como fenómeno natural insoslayable.

En el Hospital del Rey para la atención de esta epidemia se utilizó el pabellón infantil, el pabellón II y el III, dedicado este último habitualmente a la tuberculosis⁹⁶⁴.

Dado el elevado número de enfermos, los médicos tuvieron que recurrir a los pabellones Dócker o Barracas, como se las conocía coloquialmente entre los trabajadores del Hospital. Eran pequeñas construcciones situadas en los jardines del Hospital, que podían absorber un determinado porcentaje de enfermos en caso de que la institución se viese sobrepasada por una masiva afluencia de enfermos. Proporcionaban cierta elasticidad. Se evitaba de esta manera, las medidas drásticas de otros centros, donde era frecuente ver enfermos en colchones situados en el suelo, ampliando habitaciones individuales o dobles hasta una capacidad insólita de cinco o seis personas

Dadas las dimensiones alcanzadas por la epidemia en la posguerra, se produjeron dificultades incluso en el mortuorio, donde había que respetar las veinticuatro horas de depósito obligatorio.

Como no podría ser de otro modo, una epidemia de estas características aterroriza rápidamente a la población. “Pronto empezó a correr el bulo del piojo verde, que se veía en todas partes, fruto de la fantasía popular”⁹⁶⁵.

⁹⁶² TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 102, 1.975.

⁹⁶³ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 103, 1.975.

⁹⁶⁴ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 104, 1.975.

Dos grupos del Hospital del Rey se dedicaron con esfuerzo al estudio y descripción de esta enfermedad. El dirigido por el Director del Hospital del Rey durante esos años, Vallejo de Simón, en colaboración con Castellón Mora, investigaron fundamentalmente los aspectos clínicos del tifus exantemático, publicando diversos trabajos en la revista de carácter nacional, Medicina. El segundo equipo, al frente del cual estaba Torres Gost, se dedicó al estudio de la fisiopatología del tifus exantemático: la aparición de la parálisis vascular periférica.

Como bien reconoce Torres Gost⁹⁶⁶, el hecho de describir el fenómeno referido, no se tradujo en consecuencias beneficiosas para la evolución de los enfermos. La utilización de la Estricnina a dosis altas para evitar el colapso vascular no modificó la mortalidad de esta enfermedad.

Se concluye que los años 1.941 y 1.942 supusieron un gran reto desde el punto de vista sanitario para las autoridades del Madrid de la época. No cabe duda de que el Hospital del Rey constituyó un importante apoyo en la asistencia de esta epidemia.

A pesar de lo trágico de las circunstancias vividas durante esta epidemia, el Hospital del Rey justificó con creces su existencia cuando ya tenía casi veinte años de funcionamiento.

A veces, el prestigio del Hospital del Rey quedaba reflejado en el llamamiento de alguno de los médicos por parte de las autoridades sanitarias para atender alguna situación epidemiológica complicada fuera del Hospital. Es el caso de la petición realizada por el Director General de Sanidad, Palanca, a Torres Gost, para la atención y control del brote de tifus exantemático de un reformatorio de Carabanchel⁹⁶⁷. No es necesario decir, que estas peticiones ocasionaban ausencias y desatenciones en el propio Hospital del Rey, que precisamente no vivió momentos desahogados durante esos momentos.

2.3.5.3 Datos de filiación de los pacientes.

Los casos consultados mediante el método de cada una de las historias clínicas, fueron ingresados mayoritariamente en el pabellón I, aunque también hemos observado pacientes ingresados en el pabellón II. Como ya se ha anotado con anterioridad, para la atención de esta epidemia fue necesario, en los años de mayor presión asistencial, recurrir a los pabellones Dócker o Barracas.

⁹⁶⁵ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 105, 1.975.

⁹⁶⁶ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 106, 1.975.

⁹⁶⁷ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 106, 1.975.

En cuanto a la edad, existe un predominio de enfermos en la tercera y cuarta década de la vida. El enfermo más joven entre los consultados tenía cinco años⁹⁶⁸, y el de más edad, tenía sesenta y tres años⁹⁶⁹.

El sexo masculino tiene una ligera preponderancia sobre el femenino. Podría explicarse este suceso por la masiva afluencia de soldados traídos desde el frente afectados de tifus exantemático.

La media de duración de la estancia hospitalaria, sin tener en cuenta a los enfermos fallecidos, era aproximadamente de un mes. La mayoría de los fallecidos tiene una estancia muy corta debido a la rápida evolución de los síntomas que conducían en pocos días y horas al fallecimiento.

2.3.5.4 Información epidemiológica y antecedentes patológicos.

La información epidemiológica intentaba ser lo más detallada posible, en un intento por descubrir y situar posibles focos de infección parasitaria. Realmente estos intentos por focalizar debían ser bastante poco efectivos, ya que en medio de la situación epidemiológica descrita del Madrid de la posguerra, los focos de piojos eran múltiples y en gran parte incontrolables.

Así leemos el rastreo familiar de un paciente de trece años:

“La abuela de este enfermo tuvo una erupción cutánea hace un mes; a los ocho días enfermó con los mismos síntomas el hermano pequeño; un poco más tarde, la madre tuvo que ingresar en este hospital con el diagnóstico de tifus exantemático. Lavan la ropa en la misma casa”⁹⁷⁰.

El dato del lavado de la ropa también tiene su interés, pues estamos ante una parasitosis en la que la ropa tenía que ser desinfectada adecuadamente para evitar la propagación de la enfermedad. El hecho de lavar ropa en lavaderos públicos suponía un claro peligro de contagio.

En el caso de enfermos que habían estado empleados como sirvientes, también se intentaba rastrear los domicilios en los que habían trabajado y el número de visitas realizadas. Esto evidentemente supone un ejemplo de policía sanitaria.

⁹⁶⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 2528. En este caso el ingreso en el Hospital se produjo con la hermana y la madre del pequeño paciente, que fueron hospitalizados al mismo tiempo, procedentes del Patronato de Enfermos.

⁹⁶⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 16.385

⁹⁷⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 386

“Servía en casa de un matrimonio sin hijos. El personal de servicio lo componían ella y otra criada, sin síntomas de enfermedad. Comía y dormía en ese domicilio, saliendo poco del mismo. La última vez que lo hizo fue hace un mes para visitar a una amiga suya en una casa de vecinos. No solía comer ensaladas, ni frutas, ni leche”⁹⁷¹.

Aunque hemos hecho hincapié en ocupaciones como la de sirviente, evidentemente las profesiones de los enfermos cuyas historias se han consultado, varían muchísimo: sirvientes⁹⁷², traperos⁹⁷³, amas de casa, verduleras, jornaleros, confiteros⁹⁷⁴, bomberos, campesinos, empleados, albañiles⁹⁷⁵ y, con repetición de casos, soldados⁹⁷⁶.

Por los antecedentes patológicos anotados, se puede compartir cierto pesimismo epidemiológico mantenido por los sanitarios de la época: “Sus padres murieron tuberculosos. Su marido fue alcohólico y sifilítico. De él tuvo un embarazo que terminó en aborto de siete meses. Ella misma padeció posteriormente sífilis tratada con Neosalvarsán”⁹⁷⁷. En algunos casos, se detallan curiosos antecedentes patológicos, no del todo aclarados:

“Paciente que presentó pérdida de la mano y el antebrazo derecho en acción de guerra. A partir de entonces, empieza con algunos ataques al parecer epilépticos que le dan por temporadas de dos meses todos los años. Comienzan por la mano y brazo izquierdo y luego pierde la conciencia”⁹⁷⁸.

Lógicamente, al ser una enfermedad transmitida por el contacto estrecho e íntimo, los casos de varios familiares afectos no eran una excepción. Fue muy frecuente el ingreso simultáneo de varios miembros de una misma familia⁹⁷⁹.

⁹⁷¹ CHCHR. Historia Clínica nº 382

⁹⁷² CHCHR. Historia Clínica nº 24.840

⁹⁷³ “Hace cuatro o cinco días que empezó la enfermedad. Sintió frío por la mañana al volver del trabajo (trapero)”
CHCHR. Historia Clínica nº 386

⁹⁷⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

⁹⁷⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 29.707

⁹⁷⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 29.325, 13.936

⁹⁷⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 3936

⁹⁷⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 25.181

⁹⁷⁹ “Es hijastro del enfermo que ocupa el mismo cuarto”.

CHCHR. Historia Clínica nº 3953

–“La madre ingresó con tifus exantemático en este Hospital el día veintidós de este mes. Dormían en la misma habitación”.

CHCHR. Historia Clínica nº 20.906

No se acaba de entender el énfasis puesto sobre la dieta previa de los pacientes interrogados. Puede que al ser una enfermedad exantemática no fuese infrecuente encontrar un déficit vitamínico y nutricional⁹⁸⁰ que también provoca afecciones cutáneas indistinguibles⁹⁸¹. La otra posibilidad es que el sanitario de la época pensase que ciertos alimentos, sobre todo los no cocinados, pudieran jugar un papel en la transmisión de parásitos.

También, por el interrogatorio del paciente se puede deducir el régimen de vacunación de la época. Un enfermo de cuarenta y tres años de edad, presentaba en 1.942 la siguiente situación vacunal: “Revacunación antivariólica, positiva con el grupo TAB hace un año, tercera dosis en la Obra 18 de Julio”⁹⁸².

El caos del Madrid de la posguerra, como ya hemos anotado, reunió las condiciones epidemiológicas necesarias para la eclosión del Tifus exantemático. Esto queda anotado de alguna manera en la anamnesis de los pacientes: “Poco después de la liberación de Madrid por los nacionales, notó la mujer que tenía piojos en la cabeza. No recuerda haber tenido contactos con enfermos febriles”⁹⁸³. También se pone énfasis en la existencia o no de animales de compañía⁹⁸⁴.

Era necesario hacer un interrogatorio general desde el servicio de Urgencias. Era preciso preguntar sobre el contexto laboral y personal del paciente. Esto era así porque el médico se enfrentaba a una enfermedad exantemática, transmitida por el piojo, o ante otra clase de enfermedad causada por Rickettsias transmitida por garrapatas (por ejemplo, la Fiebre Botonosa).

Así, se explica que todos los antecedentes patológicos se anoten con detalle, tengan o no que ver con el tifus exantemático: “hace siete años, enferma de tuberculosis pulmonar, le aplicaron un Neumotórax por espacio de unos dos años, en el año 1935 se le hace una plastia del lado izquierdo, habiendo realizado desde entonces vida ordinaria”⁹⁸⁵.

No fueron infrecuentes los ingresos de soldados procedentes directamente de los frentes de guerra⁹⁸⁶.

⁹⁸⁰ “Bebe agua de Lozoya, lleva de residencia en Madrid 14 ó 15 años. Ha tomado algunas frutas del tiempo, ensaladas y, a veces helados. No bebía leche de cabra”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4102

⁹⁸¹ “Trabajaba en el taller de confitería en Fernández de los Ríos”.

CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

⁹⁸² CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

⁹⁸³ CHCHR. Historia Clínica nº 21.107

⁹⁸⁴ “Jugaban a menudo con un perro que mostraba abundantes garrapatas”.

CHCHR.

⁹⁸⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 21.107

⁹⁸⁶ “Soldado de 22 años, perteneciente a la XVIII Brigada, del 112 Batallón, procedente del frente de Cabanillas, que ingresó en Agosto de 1.937”.

Llama la atención la presencia de fichas de la enfermería médica del Ejército Republicano⁹⁸⁷. Comentamos una ficha encontrada en una historia clínica, que corresponde a un enfermo soldado, conductor de la Segunda División, 224 Brigada, Segunda Compañía. Profesión conductor de ambulancias. La ficha tiene un tamaño de tarjetón de 10 por 20 centímetros, con datos de filiación y gráfica de constantes con espacio para observaciones en una cara. En el reverso, espacio para una mini-Historia clínica con antecedentes, padecimiento actual, exploración y diagnóstico. En el ejemplo apuntado, destaca la minuciosidad del médico militar que realiza y dibuja los resultados de una radiografía de tórax: “En pulmón derecho sombra pseudocavitaria yuxtaclavicular del tamaño de un huevo. En pulmón izquierdo sombreado paraclavicular”⁹⁸⁸. Se remite el paciente al Hospital del Rey con la sospecha diagnóstica de Tifus exantemático. Se solicita realización de Reacción de Weil-Félix, para confirmar el diagnóstico. Por supuesto, se anota el tratamiento, instaurado en la enfermería militar: “Purgado con aceite ricino, administrando tónicos cardíacos, Piramidón y Urotropina intravenosa”⁹⁸⁹.

En conclusión: una ficha que constituye un resumen casi perfecto de la situación del enfermo, teniendo en cuenta la situación de guerra y la carencia de medios. Traduce por tanto una gran profesionalidad por parte del médico responsable de dicha enfermería (Figuras 1 y 2).

CHCHR. Historia Clínica nº 16.659

-“Grupo 264 de fortificaciones”

CHCHR. Historia Clínica nº 16.720

-“Chofer de 31 años, perteneciente a la segunda División de la Jefatura de Sanidad y procedente del frente de Guadarrama, también en Agosto de 1.937”

CHCHR. Historia Clínica nº 16.774

⁹⁸⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 16.774

⁹⁸⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 16.774

⁹⁸⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 16.774

1.º CUERPO DE EJERCITO

2.ª DIVISION

BRIGADA

N.º 224-2.ª

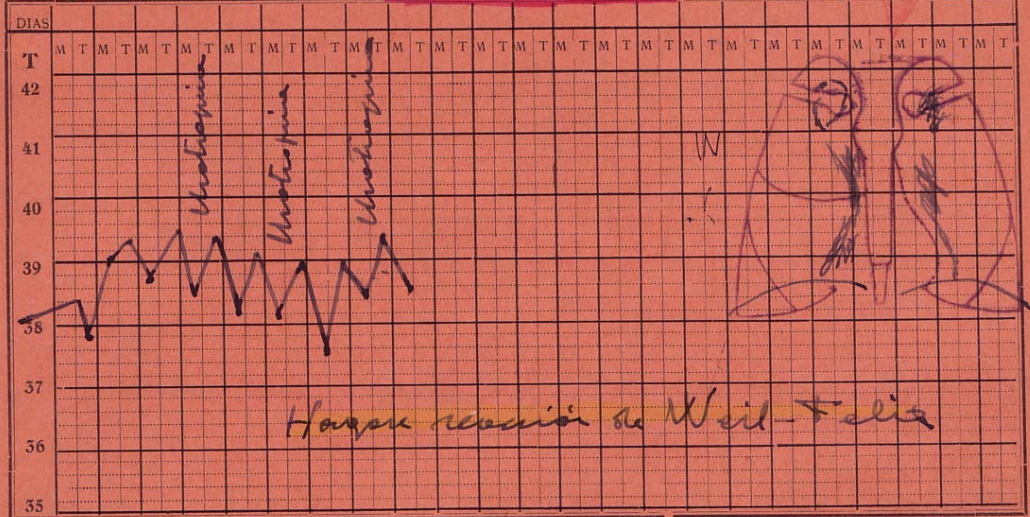
ENFERMERIA MEDICA

Batallón

Compañía

Conducta

de Don Robaruel ; Felix Francisco ingresó el día 20 de Septiembre de 1937, padeciendo Tifus exantemático y salvo g.



OBSERVACIONES

Disponeto respiratorio Rafael X. En P.D. condro pseudo caritaria quadrilobicular del tamaño de un mo. En P.I. nombrado porcelonular. Haciendo

Edad 31, Natural de Don Benito, Provincia de Badajoz.

Historia clínica, Precedentes: hi antecedentes familiares de interés. Prestando servicio como conductor de ambulancia y coche de S.M. en Compañía. Canado. Ha padecido sarampión a los 12 años y un antrax después.

Canado en la T. H. B. primera dosis.

Padece:

El día 20 de Agosto sintió un gran dolor de cabeza abatiéndose y fiebre de 39.5 con gran de escalofríos estando en Villalba. Sospechando se tratase de fiebre tifoidea en esta zona fue trata- do con quinina sin resultado la fiebre a partir de ese día ha sido continua oscilando entre 38 y 39.5 remitiendo algunas por las mañanas. Grandes dolores articulares gene- ralizados, prostración, delirio febril, cara abatida, ojos de conejo, quemoris, hemorragias subconjuntivales, fotofo- bia, gran sequedad de boca, garganta y probable laringi- titis que produce disfonía. Dengue natural.

Exploración:

A los 7 días del comienzo de la enfermedad exant- ema generalizado de pequeño tamaño, fúculas que ha durado hoyte la actualidad que parecen desaparecer. Purpú- lea en ciertas partes (cara). Vientre timpánico.

DIAGNÓSTICO: Ha sido juzgado con aceite ricino admi- nistrándole tónico cardíaco, furosemida y uretapi- na intra venosa.

Fig. 1 y 2. Ficha de la enfermería médica del Ejército Republicano correspondiente al año 1937

Hemos visto la variedad de profesiones, pero ¿de qué parte de Madrid salían estos enfermos? Sin intención de realizar ningún tipo de estudio estadístico en cuanto a la procedencia de los pacientes (debido al método de elección de cada una de las historias por azar), sí podemos apuntar que se observa en los Barrios de Ventas⁹⁹⁰ y Vallecas⁹⁹¹ una agrupación de casos.

También se hace referencia a determinadas calles, donde probablemente se agrupaban casos: Toledo⁹⁹², Cardenal Cisneros, etc.

Del mismo modo, durante el brote epidémico de tifus exantemático de la posguerra, se atienden enfermos procedentes de cárceles donde se acumulan casos. Uno de los focos más identificados en las historias consultadas lo constituye la Cárcel de Yserías⁹⁹³. En estos casos, se suele anotar detalles de interés epidemiológico: “contacto con enfermos en la galería de la cárcel”⁹⁹⁴. También se anota: “abundantes casos en la prisión”⁹⁹⁵. Otra cárcel de la que proceden enfermos es, por ejemplo, la Prisión Provisional de las Comendadoras⁹⁹⁶.

En algunos casos penitenciarios se hace constar que el paciente acude al Centro hospitalario parasitado, lo que hace imaginar las condiciones de hacinamiento y escasa higiene de las cárceles de la época.

Alguno de los enfermos procedentes de la prisión de Comendadoras, aportaba una nota clínica de la Enfermería de la prisión:

“Enfermo de treinta y nueve años; habita en el Departamento sótano de los Quincenos. Ingresa en la Enfermería el 12 de Abril de 1.941. Temperatura 39° C. Señales de picadura de *Pediculus Vestimenta*. Tratamiento: Tripaflavina y Piramidón. Vacunado contra el tifus exantemático el 13 de Marzo de 1.941”⁹⁹⁷.

⁹⁹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 16.150, 386

⁹⁹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 4084

⁹⁹² “Tenía relaciones durante el último mes anterior a su enfermedad con personas que vivían en la Calle Toledo”. CHCHR. Historia Clínica nº 24.773

⁹⁹³ “Prisión Central de Yserías”

CHCHR. Historia Clínica nº 24.844

⁹⁹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 25.026

⁹⁹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 25.181

⁹⁹⁶ “El señor B. L. procedía de la prisión de Comendadoras, ingresando el 13 de Abril de 1.941, siendo dado de alta el 27 de Abril de 1.941, con destino a la Enfermería de la prisión citada”.

CHCHR. Historia Clínica nº 25.532

También se comprueba la utilización en estos centros penitenciarios de la vacunación de forma sistemática: “vacunado con la TAB y antivariólica el 2 de Marzo de 1.941 y contra el tifus exantemático el 13 de Marzo de 1.941”⁹⁹⁸ (Figura 3).

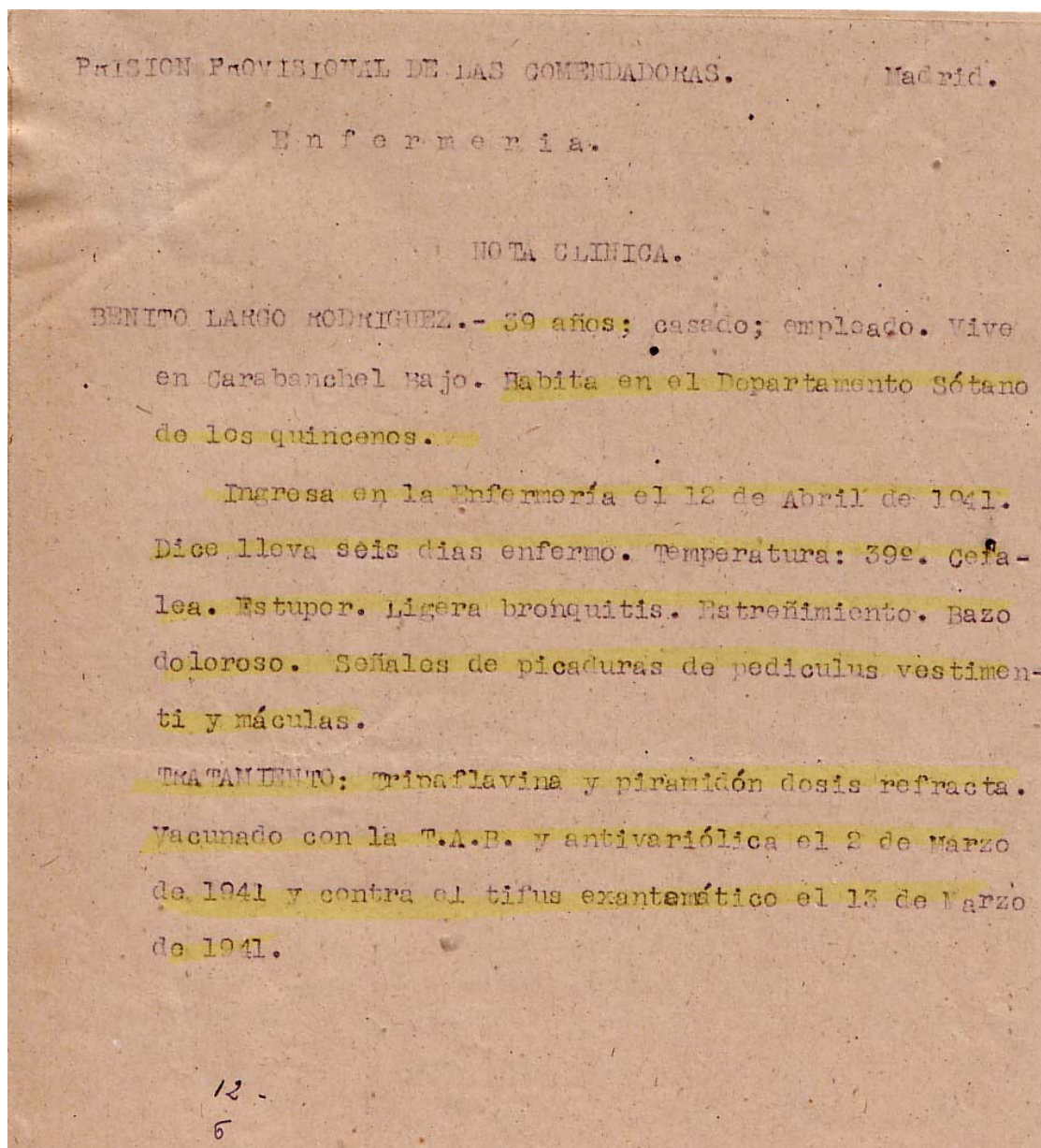


Fig. 3., Nota clínica de la Enfermería de la prisión de Comendadoras. Año 1941.

Los focos penitenciarios desde los que procedían casos de Tifus exantemático son muy variados. Algunos de los más frecuentemente encontrados en las Historias consultadas son: el destacamento penal de trabajo en Cuelgamuros (El Escorial)⁹⁹⁹ y la cárcel de Santa Engracia¹⁰⁰⁰.

⁹⁹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 25.532

⁹⁹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 25.532

Lógicamente, existían otro tipo de instituciones en las que también se producían circunstancias de hacinamiento, con abundantes casos de tifus exantemático. Constituye un buen ejemplo de esto el Patronato de Enfermos de Santa Engracia. Esta institución vio interrumpida su labor durante la época del Madrid de la Guerra. La existencia de enfermos del Patronato de Santa Isabel, enviados al Hospital del Rey en distintas fechas (1.925-1.941), indica la reposición de las labores de caridad de esta Institución religiosa después de la Guerra.

En una de las historias consultadas, se envía una enferma embarazada de nueve meses, a la que tras confirmar el diagnóstico de Tifus exantemático, se prepara adecuadamente, llegando felizmente a tener “un parto normal sin complicaciones, encontrándose en perfectas condiciones la madre y el niño”¹⁰⁰¹. También se remiten desde este Centro, varios niños en torno a cinco años: “Paciente de cinco años de edad con abundantes ectoparásitos, procedente del foco de Santa Isabel”¹⁰⁰².

Otra institución que constituye un foco de tifus exantemático fue la Mendicidad del 2 de Mayo (Plaza Dos de Mayo). En esto caso, la autoridad encargada de remitir al enfermo era la Sección de Represión de la mendicidad. Evidentemente muchos enfermos vienen parasitados.

Como caso curioso, se atiende en el Hospital del Rey una enferma procedente del Hospital de la Princesa. Era una monja que trabajaba como enfermera en dicho Hospital. Atendió allí varios enfermos curiosamente ingresados por tuberculosis, aunque con gran cantidad de piojos:

“Ingresa en el Hospital del Rey el 21 de Enero de 1.941, una religiosa del Hospital de la Princesa. En la sala de dicho hospital donde trabajaba esta monja estaba ingresada una mujer que murió a los dos días con gran cantidad de piojos. La sala era la correspondiente a tuberculosis y ancianos, estando algunos parasitados”¹⁰⁰³.

Esta enferma desarrolló un tifus exantemático con un cuadro delirante grave, aunque afortunadamente se recuperó (Figura 4).

⁹⁹⁹ “El paciente Pedro procede del destacamento penal de trabajo de Cuelgamuros (El Escorial), en donde se encontraba desde Mayo de 1.943. Su padre falleció en 1941, estando también en prisiones”. Se puede deducir de esta manera las circunstancias personales derivadas de la situación política de la época.

CHCHR. Historia Clínica nº 33.200

¹⁰⁰⁰ En la historia clínica, se confirma la existencia de “un foco de Tifus exantemático en la misma, con compañeros febriles desde hace 13 días”.

CHCHR. Historia Clínica nº 25.945

¹⁰⁰¹ CHCHR. Historia Clínica nº 25.177

¹⁰⁰² CHCHR. Historia Clínica nº 25.280, 24.840, 24.848

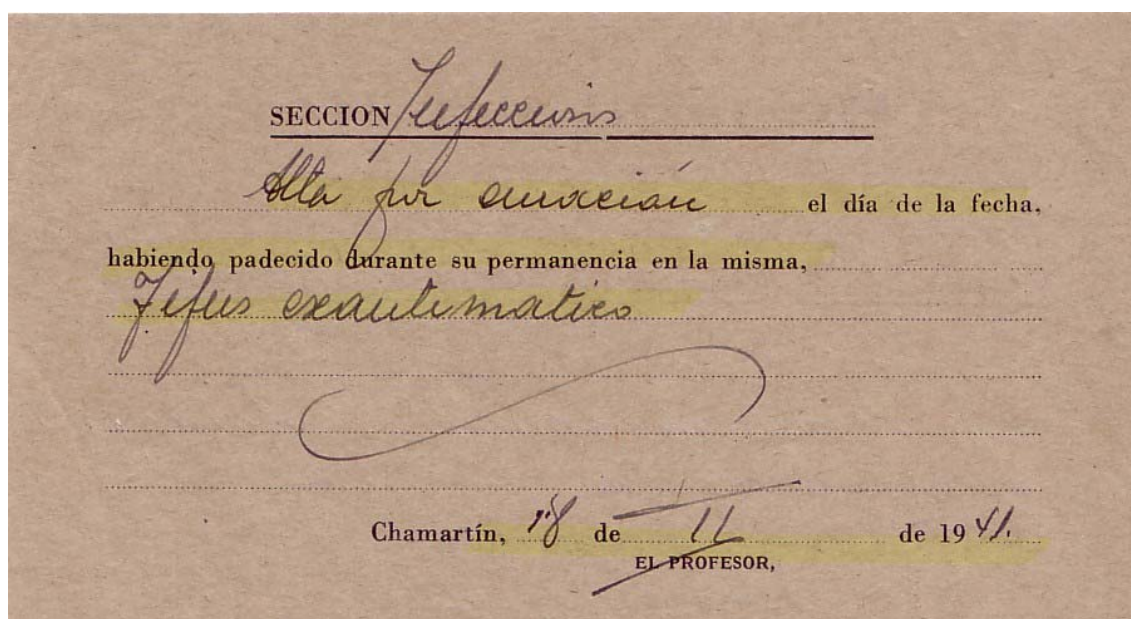


Fig. 4. Nota de alta hospitalaria de una enferma del Hospital del Rey en 1941.

Hubo incluso estaciones de trenes sospechosas de ser focos de la epidemia: Calatayud. Es el caso de un paciente remitido “con sospecha de que en la estación de Calatayud se contagió en la sala de espera donde estaban durmiendo amontonados varios mendigos”¹⁰⁰⁴.

En la fase de la posguerra, se empieza a utilizar una Ficha epidemiológica en donde se registraban los casos de Tifus por Rickettsias. Los datos de la ficha eran los siguientes:

Nombre, Domicilio, Edad, Sexo, Profesión, Estado civil, Tiempo de residencia en Madrid, Tiempo de residencia en actual domicilio, dónde ha residido en los últimos 30 días y lugares que ha frecuentado, Fecha de comienzo de la enfermedad, ¿parásitos en el enfermo? ¿Parásitos en la familia?, ¿tenía contacto con perros u otros animales domésticos?, contacto con enfermos, contacto familiar, contacto extra-familiar y datos de los enfermos contacto¹⁰⁰⁵.

Este impreso consta en algunas historias y no en otras. Puede que su cumplimentación fuese obligatoria en casos de peligrosidad pública por el hacinamiento existente, como por ejemplo el Patronato de enfermos o las cárceles citadas. Lo que sí se desprende de estos datos es

¹⁰⁰³ CHCHR. Historia Clínica nº 2478

¹⁰⁰⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 25.027

¹⁰⁰⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 25.181

que la procedencia de los casos de Madrid fue múltiple, pudiendo hablarse de ubicuidad, aunque hubiera focos donde los casos se multiplicasen (Figura 5).

HOSPITAL DEL REY

Tifus por Rickettsias

Ficha epidemiológica

Nombre Felisa Camilla Rodríguez Domicilio Amparo, 13.

Edad 18 años Sexo femenino Profesión en su casa Estado soltera

Tiempo de residencia en Madrid años Tiempo de residencia en actual domicilio años

Dónde ha residido los últimos treinta días y lugares que ha frecuentado Alia por la casa

Fecha de comienzo de la enfermedad mucho días

¿Parásitos en enfermo? si

¿Parásitos en familia? no

¿Tenía contacto con perros u otros animales domésticos? no

Contacto con enfermos no

Contacto familiar no

Contacto extrafamiliar no dice

Datos sobre los enfermos con que ha estado en contacto:

Caso cierto:	Fecha	Nombre	Domicilio
Caso sospechoso:	Fecha	Nombre	Domicilio

Observaciones:

Fig. 5. Ficha epidemiológica en donde se registraban los casos de Tifus por Rickettsias.

2.3.5.5 Descripción de la enfermedad actual.

Como en otras enfermedades epidémicas comentadas hasta ahora, las descripciones de la enfermedad consultadas variaban mucho según se consulte el comienzo o el final del pico epidémico. En general, las primeras descripciones son poco concretas y prolijas en detalles. En cambio, cuando el clínico ya conoce la enfermedad por la gran cantidad de casos atendidos, predomina la nota clínica concisa y breve, con varios aspectos que se destacan como fundamentales y características para poder llegar al diagnóstico.

Podemos poner varios ejemplos de lo dicho, en el apartado de la enfermedad actual. Para la primera época de la epidemia de Tifus exantemático, un buen ejemplo sería:

“Enfermo que comenzó hace siete días con mareos, cefalalgia, dolor lumbar y dolor en general. Aquella misma noche, fiebre con escalofríos. Notó que tenía en brazos una erupción de pequeñísimos elementos muy rojos y algo pruriginosos. No pudo ya abandonar la cama, continuando con los mismos síntomas anteriores, más inapetencia, náuseas y estreñimiento; sed intensa, catarro conjuntival. En los días sucesivos continuó con las mismas molestias. La fiebre era continua y la erupción se extendió a piernas, cara y por último a tórax y abdomen, al mismo tiempo que se hacían de mayor tamaño y más rojos los elementos. Así ha continuado hasta ahora”¹⁰⁰⁶.

El carácter descriptivo del proceso morboso salta a la vista. También constituye un buen ejemplo de lo dicho la siguiente paciente:

“Mujer gruesa en decúbito pasivo, pero despejada y contestando bien a las preguntas que se le hacen. Llama la atención al descubrirla, la existencia de una erupción generalizada de las siguientes características: son todo petequias de distintos tamaños y dimensiones. La distribución de estas petequias es como sigue: muy abundante la erupción, casi confluyente en el pecho, abdomen, los muslos y en los brazos, en las caras de flexión. En cara no se ve erupción alguna. Las petequias tienen unas las dimensiones de una cabeza de alfiler grueso, otras de una lenteja y otras, muy pocas, algo mayores”¹⁰⁰⁷.

¹⁰⁰⁶ CHCHR. Historia Clínica n° 4084

¹⁰⁰⁷ CHCHR. Historia Clínica n° 627

La prolijidad de detalles quizás nos introduce en una selva de minuciosidades donde no podemos observar ninguna característica que destaque sobre las demás. El o los “síntomas guías” no son especificados, lo que hace más complejo el diagnóstico.

Un ejemplo de lo contrario, es decir una descripción simplificada de los síntomas lo constituye el siguiente paciente:

“Comienzo brusco hace veinte días, con fiebre alta cefalalgia, estupor y delirio. Se acompañaba de dolor en extremidades inferiores, siete días después erupción que comienza por la espalda y que al día siguiente se extendió al resto del tronco y miembros”¹⁰⁰⁸.

Destacaríamos como síntomas guía de esta descripción: La cefalea, el delirio y la erupción cutánea. Con estos síntomas estaríamos obligados a pensar como primera entidad un síndrome tífico. Es evidente que la descripción más esquemática y resumida corresponde con gran probabilidad a un clínico más experimentado en comparación con el médico de los primeros ejemplos que se pierde en la compleja multitud de detalles.

En el historial de los pacientes, a la hora de contar con sus palabras su enfermedad, vuelve a objetivarse el uso de métodos populares para atajar los síntomas en el comienzo de la enfermedad¹⁰⁰⁹.

Dentro de las molestias referidas por los enfermos, algunos datos son bastante frecuentes como la epistaxis o sangrado de mucosa nasal y la conjuntivitis. En cuanto a las molestias del aparato gastrointestinal, predominaba el estreñimiento, aunque no pocos enfermos pasaban por periodos de diarrea franca.

A veces, se refiere oliguria o disminución de la diuresis, que al ser extrema se describe erróneamente como retención urinaria, en vez de anuria. No obstante, en algunos casos, coincidiendo con el ingreso se produce un cuadro verdadero de retención de orina, que obliga a realizar sondaje vesical¹⁰¹⁰.

¹⁰⁰⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 21.107

¹⁰⁰⁹ “El enfermo presentó diarrea a pesar de haberse purgado con agua de Carabaña, y haber usado sal de frutas”. CHCHR. Historia Clínica nº 382

¹⁰¹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 16.150

En el estado tífico avanzado, el estupor dominaba el cuadro clínico, acompañado de delirio agitado y febril. Cuando el clínico se encontraba, en el momento del ingreso, con un paciente en estas circunstancias, evidentemente no podía realizar una correcta anamnesis, a no ser que estuvieran presentes familiares¹⁰¹¹ o vecinos. Otros síntomas neurológicos que dificultaban la realización de una correcta historia clínica son la presencia de sordera y la afonía.

2.3.5.6 La exploración física y la evolución de los pacientes.

La descripción de una enfermedad infecciosa con afectación cutánea es una de las ocasiones en las que se pone de manifiesto la pericia y minuciosidad de los médicos de la época. Sin dejar de reconocer la importancia que tienen los nuevos medios diagnósticos, sí que hay que reflejar que en la actualidad se ha perdido el interés por este tipo de descripciones detalladas. Es como si se dejase la mayor parte del diagnóstico en manos de la tecnología y se tuviese menos fe en los datos obtenidos de la exploración.

En este sentido el apartado central de la historia clínica del tifus exantemático lo constituía la descripción de la afectación cutánea. Se le da mucha importancia quizás por ser el signo más objetivable del cuadro clínico:

“Los elementos variolosos, unos, y petequiales, otros, se extendían por las piernas, muslos, parte inferior de tórax, antebrazos y brazos. Se observan elementos del diámetro de un garbanzo, y otros puntiformes del tamaño de una cabeza de alfiler”¹⁰¹² (Figuras 6, 7 y 8).

¹⁰¹¹ En este caso se deja anotado por los familiares que el comienzo de la enfermedad coincidió con “convulsiones de tipo clónico durándole varias horas, dándole cinco en total”.

CHCHR. Historia Clínica nº 25.182

¹⁰¹² CHCHR. Historia Clínica nº 386



Fig. 6, 7 y 8. Ilustración de la afectación cutánea de un enfermo de tifus exantemático encontrado en su historia clínica.

La descripción de la erupción cutánea no se simplifica conforme avanza la epidemia de tifus exantemático. Quizás, el médico tenía el convencimiento de que, aunque era un signo capital de la enfermedad, también era compartido por muchas entidades clínicas infecciosas. Por lo tanto cuanto más se detallase, menor problema existiría para su diagnóstico diferencial:

“Tiene una erupción cutánea generalizada constituida por elementos granuloso rosáceos de tipo roseólico de diverso tamaño, desde un pequeño cáñamo al de una lenteja,

desapareciendo a la presión. Están localizados en tronco diseminados en mayor número en miembros, no respetando ni pies ni manos. En cara interna de muslo izquierdo tiene un elemento de mayor tamaño con el centro seco, negruzco y halo rosado circundante, compatible con chancro de inoculación”¹⁰¹³.

Este último elemento le llama la atención al clínico y apunta que se realiza una fotografía y un dibujo del mismo. Desgraciadamente, no se encuentran en la historia clínica.

Este caso, aunque consta con el diagnóstico de tifus exantemático, entraría en el diagnóstico diferencial con otras entidades, fundamentalmente la fiebre botonosa, donde es característico el botón negro de inoculación. No consta en la historia clínica si se realizaron pruebas de serodiagnóstico, con lo que el diagnóstico de tifus exantemático no es definitivo.

En otro caso, leemos: “El exantema recuerda el de la fiebre botonosa pero es pálido y de elementos poco distintos”¹⁰¹⁴. A veces el problema de diagnóstico no tiene que ver con la pericia del médico: “no pueden precisarse erupciones por falta de luz en el cuarto en el momento del reconocimiento”¹⁰¹⁵.

Como ya hemos comentado con anterioridad, el hecho de llegar a un diagnóstico nosológico lo más rápido posible en un Hospital de Infecciosos, no respondía solamente a un prurito científico por parte del clínico. Lo fundamental era poder clasificar en entidades infecciosas para poder proceder al ingreso sin riesgo de mezclar patologías infecciosas diferentes, con el evidente riesgo de contagio cruzado entre pacientes.

La descripción clínica también abarcaba el enantema o afectación de mucosas¹⁰¹⁶:

“Labios fuliginosos sangrantes, lengua cubierta de saburra amarillenta pegajosa. En velo membranoso y pilares, algunas manchas rojas destacando bien, pero de contorno irregular. En cada pilar amigdalino se observa una vesícula como una cabeza de alfiler”¹⁰¹⁷.

La erupción cutánea, con componente petequial-hemorrágico de predominio centrípeto, es decir de predominio en tronco y partes proximales de miembros, también afecta a palmas y

¹⁰¹³ CHCHR. Historia Clínica nº 4102

¹⁰¹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 16.916

¹⁰¹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 22.729

¹⁰¹⁶ “Elementos palatinos puntiformes hemorrágicos del tamaño de granos de mijo”

CHCHR. Historia Clínica nº 30.906

¹⁰¹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 382

plantas. De hecho, la resolución de la enfermedad se presenta en forma de “descamación purpúrea interdigital”¹⁰¹⁸.

Como caso que se sale de la generalidad de la semiología de la enfermedad, cabe citar escasos pacientes ingresados por tifus exantemático, en los que no se desarrolla la erupción cutánea, pudiendo representar casos decapitados, es decir no completamente desarrollados, de la entidad o simplemente diagnósticos erróneos.

El clínico se para con frecuencia a describir con gran precisión detalles clínicos¹⁰¹⁹, lo que traduce la profesionalidad¹⁰²⁰ y el buen hacer del profesional de la época¹⁰²¹.

Como corresponde en una enfermedad caracterizada por el estado tífico, se describe, cuando procede, el estado circulatorio¹⁰²² y el del sistema nervioso del paciente¹⁰²³. Es decir, en una enfermedad como el tifus exantemático en la predominaban las manifestaciones cutáneas, la causa fundamental de agravamiento lo constituían el colapso circulatorio y la afectación del sistema nervioso central. Esto era más frecuente en los pacientes graves o premortem:

“Paciente bastante estuporoso que evoluciona mal en las últimas horas. Presenta tonos cardíacos débiles, pulso blando y depresible. Momentos después de pasar visita, nos encontramos inconsciente al paciente, con respiración anhelante y ruidosa. Se objetiva desviación conjugada de sus ojos hacia la derecha”¹⁰²⁴.

Es un caso de tifus exantemático, que falleció por complicación con una embolia cerebral. Curiosamente, se le practicó una sangría de 110 centímetros cúbicos, en un intento de salvarle la vida.

¹⁰¹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 25.029

¹⁰¹⁹ “Presencia de ojos encendidos, con derrame sanguíneo en la conjuntiva bulbar izquierda”.

CHCHR.

¹⁰²⁰ “La ansiedad respiratoria y el aleteo de las ventanas nasales no están en proporción con la bronquitis”.

CHCHR. Historia Clínica nº 382

¹⁰²¹ “En punta cardíaca cada tres o cuatro contracciones tiene una contracción prematura seguida de pausa compensadora”

CHCHR. Historia Clínica nº 16.916

¹⁰²² “Tonos apagados, puros. Pulsos periféricos apenas perceptibles. Relleno venoso a los cuatro segundos, persistente e intenso”

CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

“Reacción vasomotora perezosa”

CHCHR. Historia Clínica nº 22.729

¹⁰²³ “Paciente en el que destaca un estupor marcado, persistiendo el delirio durante la noche de ingreso”

CHCHR.

¹⁰²⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 29.711

El delirio en forma de agitación y obnubilación eran signos ominosos en esta enfermedad¹⁰²⁵.

No obstante, aunque la afectación cutánea no constituía por sí misma una causa de mortalidad, sí que servían al clínico como guía del pronóstico del paciente. Es decir, los signos eruptivos cutáneos servían para controlar la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Normalmente, si la evolución era la correcta, desaparecían blanqueando¹⁰²⁶ progresivamente conforme pasaban los días¹⁰²⁷.

En los casos fulminantes, los elementos petequiales pronto sufrían transformación hemorrágica confluyente. Incluso en mucosa oral se describían “hemorragias en sábana”¹⁰²⁸.

Evidentemente, no todos los hallazgos clínicos estaban en relación con el tifus exantemático: “Tumoración del tamaño de un melón que ocupa toda la mitad inferior del vientre. Es dura y sin movilidad, dolorosa a la presión. Por palpación su superficie es granulosa dando sensación como si se palpara un saco de perdigones”¹⁰²⁹.

La evolución del exantema cutáneo no sólo progresaba hacia elementos hemorrágicos, sino que estos a veces sufrían necrosis: “El exantema, intensísimo, continua muy hemorrágico y con aspecto necrótico a trechos. En escroto se observan lesiones hemáticas ulceradas, del tamaño de una moneda de diez céntimos”¹⁰³⁰.

Nos llama la atención las escasísimas historias clínicas en las que se hace mención a parásitos o piojos presente en el paciente. Aunque a veces se hace mención a su rastro¹⁰³¹. Podría ser debido a que una vez sospechada esta enfermedad, se procediese a la desinfección del enfermo y de sus ropas, con rapado de cabeza incluida. Esto, evidentemente, se hacía antes de la visita médica, para evitar contagio y propagación intrahospitalaria.

¹⁰²⁵ “Está muy excitada sobre todo por la noche”.

CHCHR.

-“La noche la pasa intranquila con delirio, levantándose varias veces de la cama, falleciendo la paciente a las nueve de la mañana”.

CHCHR. Historia Clínica nº 16.385

-“Hoy a las nueve de la mañana ha fallecido súbitamente. Pocos momentos antes conversó con las enfermeras, no notando éstas la inminencia de la muerte”.

CHCHR. Historia Clínica nº 16.385

¹⁰²⁶ “Los elementos eruptivos unos persisten desapareciendo a la presión, y otros son petequias”.

CHCHR.

¹⁰²⁷ “Los elementos eruptivos no muy abundantes (unos veinte en tronco) y algunos más en miembros inferiores son netamente purpúricos, del tamaño de cabezas de alfiler”

CHCHR. Historia Clínica nº 20.906

¹⁰²⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 21.107

¹⁰²⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 16.150

¹⁰³⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 16.916

¹⁰³¹ “restos pigmentarios de picadura de ectoparásitos”.

CHCHR. Historia Clínica nº 24.848

La otra posibilidad es que evidentemente existen casos de Tifus exantemático sin ser necesario estar parasitado con piojos.

En la gran mayoría de los enfermos de tifus exantemático, se apunta la existencia de una conjuntivitis intensísima¹⁰³². Llama la atención el que no se aplique ningún remedio terapéutico en forma de colirio, o por menos no queda anotado en ninguno de los casos consultados.

La exploración cardiológica en algunos casos llama la atención por la minuciosidad, lo que traduce una buena formación en cardiología de aquellos clínicos: “Auscultación cardíaca: punta cardíaca en quinto espacio, un centímetro por encima de línea mamilar. Thrill (del inglés temblor), soplo con arrastre presistólico, choque brusco del primer tono, segundo tono normal”¹⁰³³. También, refleja el afán del clínico por tener controlado el sistema cardiovascular en el tifus exantemático.

En la cala de Historias realizadas, se objetiva un progresivo perfeccionamiento en la realización de las mismas, con aumento en la extensión e introducción de nuevos apartados, que el médico podía rellenar cuando exploraba al paciente diariamente lo que aumenta evidentemente la calidad de los datos apuntados.

2.3.5.7 Exploraciones complementarias.

La capilaroscopia constituye una técnica descriptiva del lecho capilar ungueal, utilizándose en la actualidad por Reumatólogos para enfermedades como el Síndrome de Raynaud y otras. En el Hospital del Rey, objetivamos su uso en determinadas entidades infecciosas. Una de ellas es el tifus exantemático. Sin embargo, la descripción capilaroscópica se anota solamente en la primera época de tifus exantemático, abandonándose con posterioridad: “La imagen capilaroscópica corresponde con un enrojecimiento no muy intenso del fondo, dilatación de los capilares, manteniéndose las estrías cutáneas”¹⁰³⁴. Como se puede comprobar, estas descripciones fueron en algunas ocasiones muy detalladas: “Imagen capilaroscópica: capilares gruesos flexuosos aumentados en número y, a veces, interrumpida la circulación. Esto en la petequia. Además, el plexo subcapilar desaparecido. En piel sin erupción, imagen normal”¹⁰³⁵. El clínico que realizaba esta técnica complementaba la anotación clínica, con unos dibujos esquemáticos de la imagen capilaroscópica (Figuras 9 y 10).

¹⁰³² CHCHR. Historia Clínica nº 24.773

¹⁰³³ CHCHR. Historia Clínica nº 25.181

¹⁰³⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 386

¹⁰³⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 365

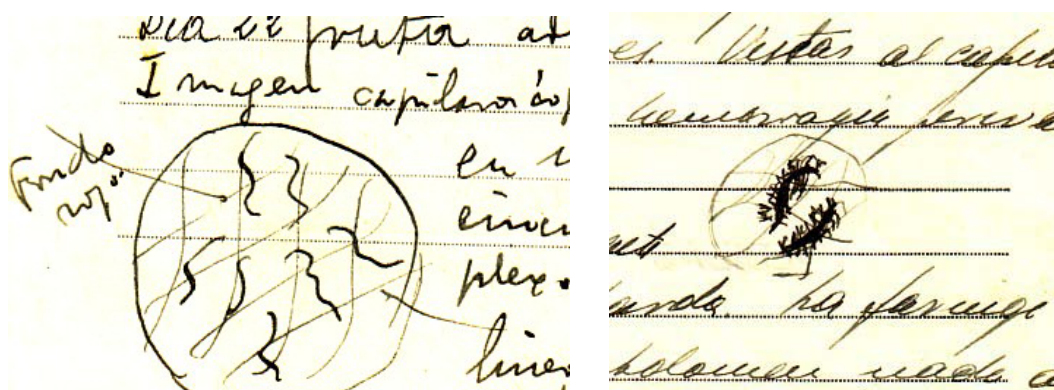


Fig. 9 y 10. Ilustración esquemática de la imagen capilaroscópica de un enfermo con tífus exantemático.

En el enfermo estándar de Tífus exantemático lo normal era realizar un hemograma, junto con uno o varios análisis de orina.

Conforme se consultan diferentes años de la epidemia, se asiste al cambio de los distintos modelos para reflejar los resultados analíticos. Así, en los primeros momentos del Hospital, se anotan a mano los resultados obtenidos sobre modelos generales usados para todo tipo de analíticas. Estos modelos poco a poco van haciéndose más complejos, reflejando la progresiva adquisición de medios técnicos por parte del laboratorio del Hospital.

También crece el número de analíticas realizadas en cada caso: No es infrecuente observar enfermos con determinaciones de Urea y Velocidad de Sedimentación de forma repetida durante su ingreso hospitalario. En casos aislados, se procede a determinar el tiempo de coagulación de una muestra de sangre¹⁰³⁶.

En cuanto a las determinaciones microbiológicas, como norma, se procedía a realizar la reacción de Weil-Félix, específica para el Tífus exantemático. Se trata de una reacción de tipo inmunológico, en la que se detectan anticuerpos del paciente con tífus exantemático. Estos anticuerpos aunque son dirigidos contra el agente causal del tífus exantemático, tienen una reacción de tipo cruzado contra una cepa de otro microorganismo, el *Proteus* X-19.

No obstante, en muchos casos se completaba el estudio con determinaciones para otras entidades nosológicas, que podrían entrar en el diagnóstico diferencial. Así, no es infrecuente encontrar determinaciones del título de anticuerpos para el Bacilo de Eberth, *Proteus* X-19, *Paratyphus* B, y *Brucella* *Mellitensis*.

¹⁰³⁶“Tiempo de coagulación de cinco centímetros cúbicos de tres minutos. Tiempo de sangría de un minuto”.
CHCHR. Historia Clínica nº 16.150

Aunque en muchas ocasiones se intentaba llegar al diagnóstico con la ayuda del laboratorio de microbiología, hay que reconocer que en algunos casos apenas ofrecía ayuda: “Aglutinaciones realizadas poco claras. Aglutina como si poseyera aglutinaciones compartidas de Proteus y Paratiphya B”¹⁰³⁷.

A veces, las determinaciones microbiológicas se repetían varias veces durante el ingreso:

“28-VI-39: Eberth 1 por 1000; Proteus y Brucella Mellitensis: negativas.
3-VII-39: Eberth por 1000; Proteus y Brucella Mellitensis: Negativas.
9-VII-39: Eberth 1 por 100; Proteus y Brucella Mellitensis: negativas.
12-VII-39: Eberth; Paratífus A-B y Malta: negativas. Proteus X-19: positivo hasta 1/1280”¹⁰³⁸ (Figura 11).

Mod. 21

**HOSPITAL NACIONAL
DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

ANÁLISIS DE

Observación número

Enfermo *Luis López*

Pabellón *10* piso *10* cama

EGSA, C. O. (Intervenido por el Estado).—Madrid.

Eberth: 1:100 (+)

Proteus ag. —

Para B. —

Por. Melt. —

Observaciones *Aglutinación poco clara. aglutina como si poseyera aglutinaciones reinales en Proteus y en Para B.*

Chamartín, *22* de *II* de 19*40*

log

Fig. 11. Determinación microbiológica del Bacilo de Eberth, Proteus y Brucella Mellitensis de un enfermo del Hospital del Rey en 1940.

¹⁰³⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 22.729

Destacamos en este paciente la insistente repetición del estudio serológico hasta llegar a confirmar el diagnóstico de tifus exantemático, mediante reacción cruzada con el *Proteus* de la cepa X-19 (llamada reacción Weil-Félix).

El hecho de realizar test diferentes para otras entidades nosológicas no solo ayudaba a realizar un amplio diagnóstico diferencial, si no que permitía también realizar un diagnóstico epidemiológico de los procedimientos anteriores sufridos por el paciente. De hecho, no son infrecuentes resultados positivos múltiples¹⁰³⁹.

En algunos ingresos se realiza la repetición de serologías para *Proteus* X-19, para comprobar la seroconversión mediante el progresivo crecimiento del título de anticuerpos. A veces, se hace constar el origen de la cepa de *Proteus* X-19 empleada: “de Viena”¹⁰⁴⁰. En otras ocasiones, desde el Laboratorio se dejan escritas ciertas notas para el clínico:

“La suspensión del *Proteus* X-19 que venimos utilizando en pase diaria desde hace mucho tiempo da indicios de aglutinación frente a los sueros ordinarios de tifoidea y otros procesos febriles. En ningún caso estas aglutinaciones, que dan idea de que la raza está en fase S-R, pasan de la dilución de suero del 1:50; aglutinación que no hacemos constar por su constante aparición. La aglutinación de este enfermo es sin embargo tan patente que no podemos dejar señalarla, si bien haciendo constar estas observaciones”¹⁰⁴¹.

Esto hace reflexionar al clínico que lleva al paciente. Por un lado estamos en un momento histórico en el que comenzamos a comprobar la complejidad de la interpretación de las pruebas de laboratorio. Espontáneamente, surge la necesidad de que el Hospital cuente con personal especializado de laboratorio. El clínico ya no puede por sí mismo abarcar el extenso campo clínico y de Laboratorio. Por otro lado, y consecuencia de lo anterior, estamos en el comienzo de la cooperación médico-clínico y médico-laboratorio, derivado de la progresiva complejidad de las pruebas de laboratorio, y en concreto de las pruebas de serología.

¹⁰³⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 20.906

¹⁰³⁹ “Eberth 1/200; *Proteus* X-19 1/200; Paratífus B 1/200”.

CHCHR. Historia Clínica nº 22.729

¹⁰⁴⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 2236

¹⁰⁴¹ CHCHR. Historia Clínica nº 22.549

El análisis serológico frente al microorganismo del grupo *Proteus* pronto se amplía a varios serotipos dentro de la misma familia *Proteus*. Se objetiva en la mayoría de los casos de la posguerra la reacción avanzada frente a *Proteus* X-19, X-2 y OX-K¹⁰⁴².

Por otra parte, en las historias consultadas, se objetivan no pocos casos con Reacción de Weil-Félix negativa, a pesar de lo cual se mantiene el diagnóstico de tifus exantemático. Son casos en los que el clínico obtiene suficiente evidencia de la clínica para llegar a un diagnóstico de presunción.

En alguno de estos casos, se cambia el diagnóstico de tifus exantemático, por el de Fiebre Exantemática, reconociendo que falta una absoluta certeza para decir que estamos ante un tifus exantemático. En definitiva, podemos concluir que el médico posee con el diagnóstico serológico una herramienta diagnóstica poderosa, pero no definitiva, pues sigue prevaleciendo el contexto y los datos clínicos obtenidos a la cabecera del paciente.

Después de la Guerra, consta que se realizaron algunas pruebas de análisis clínicos fuera del Hospital del Rey. Así, con fecha de 29 de Febrero de 1.940, se realizaron las siguientes aglutinaciones por parte del Instituto Nacional de Sanidad (Servicio de análisis Clínicos): “Aglutinaciones: B. Tífico positiva 1/80; B. Para A negativa; B. Tífica positiva 1/480; Malta negativa; *Proteus* X-19 positiva 1/1920”¹⁰⁴³. Quizás esto demuestre la escasez de la sanidad en la posguerra, siendo necesario unificar las determinaciones más costosas de todo Madrid en un único laboratorio central (Figura 12).

¹⁰⁴² “*Proteus* X-19 positivo 1/1000; *Proteus* X-19 (Ibst) negativa; *Proteus* OX-2 negativo; *Proteus* OX-K positivo 1/1000”.

CHCHR. Historia Clínica nº 24.782

¹⁰⁴³ Historia del Servicio de análisis clínicos del Instituto Nacional de Sanidad número 22.740.

[illegible]

Fig. 12. 1.940, Petición de análisis microbiológico de un enfermo del Hospital del Rey realizada al Instituto Nacional de Sanidad (Servicio de análisis Clínicos) en 1940.

También consta que se practicaron Radiografías de tórax cuando la situación clínica del paciente así lo requería:

“Paciente con respiración prolongada de tipo enfisematoso, con roncus y sibilancias diseminadas, decidiendo realizar radioscopia, cuyo resultado es el que sigue: Tórax enfisematoso. Pulmón derecho con nódulos calcificados, sombra hiliar, ramificaciones peribronquiales. El pulmón izquierdo sólo un aumento de dibujo de zona parahiliar”¹⁰⁴⁴.

En cuanto a las punciones lumbares, es una técnica realizada escasamente en el enfermo que padece tifus exantemático. En los casos en los que se realiza, se justifica por la existencia de un estupor marcado con aparición de signos meníngeos:

¹⁰⁴⁴ CHCHR. Historia Clínica n° 22.549

“Enfermo con ligera rigidez de nuca y mialgias. El estado general ha empeorado considerablemente aumentando el estupor. Se le hace punción lumbar, con líquido claro con presión inicial de 48 y final de 15 (Extracción total de treinta centímetros cúbicos)”¹⁰⁴⁵.

En el análisis del líquido cefalorraquídeo, se anota: “Albúmina 40, Globulinas positivas, laque 000012344321. Sedimento con algunos linfocitos. Ausencia de gérmenes”¹⁰⁴⁶.

En las primeras punciones lumbares realizadas, no consta el análisis bioquímico del líquido cefalorraquídeo. Se anota simplemente: “Líquido con tensión gota a gota lenta”¹⁰⁴⁷. Quizás los informes fueron orales y por eso no constan por escrito. Otras veces, el análisis de Líquido cefalorraquídeo se anotaba de forma simplificada por parte del personal de Laboratorio: “Hematíes por milímetro cúbico 60; Linfocitos por milímetro cúbico 50; Monocitos y células endoteliales 20. Chamartín de la Rosa 7 de Septiembre de 1.925”¹⁰⁴⁸. Por otro lado, existen datos de que la técnica no estaba exenta de complicaciones: “Se suspende punción lumbar al producirle crisis convulsivas”¹⁰⁴⁹.

En los pacientes fallecidos, en general, y con bastante frecuencia se practica la autopsia. En 1.942, en el Hospital del Rey se habían realizado 1481 estudios necrópsicos. En ocasiones, el informe de la autopsia era bastante escueto¹⁰⁵⁰:

“Cabeza: A la sección del cerebro aparecen los ventrículos laterales, especialmente el derecho, dilatados.

Abdomen: Todas las vísceras aparecen de marcada tonalidad rojiza.

Hígado: Ligeramente aumentado de tamaño, pálido, duro y se observa el dibujo lobulillar marcado”.

“Diagnóstico anatómico: Congestión visceral, intensa” (Figura 13).

¹⁰⁴⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

¹⁰⁴⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

¹⁰⁴⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 382

¹⁰⁴⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 382

¹⁰⁴⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 382

¹⁰⁵⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 29.711

Autopsia núm. _____ Pabellón _____ Piso _____

Historia clínica núm. 24773

Día 23 de Enero de 1941

Aurelio Cruz Bermejo de 38 años, natural de Madrid
 provincia _____ estado _____ falleció el 22 de Enero de 1941

Diagnóstico clínico: Tifus exantemático.

Examen exterior: _____

Cabeza: Cerebro muy congestivo, sobre todo en base. Aumento de la cantidad de líquido cefalorraquídeo.

Tórax: Pulmones, congestión difusa no muy intensa, y en de lóbulos inferiores, pocos pequeños hemorragias. No hay zonas de condensación.

Corazón: blando, al corte algo decolorado, tumefacción turbia. Sin lesiones valvulares.

Fig. 13. Estudio necrópsico de un enfermo del Hospital del Rey en 1942.

Otra de las autopsias encontradas es la realizada a un enfermo de nombre Aurelio, varón de 38 años de edad, que falleció el 22 de Enero de 1.941:

“Diagnóstico clínico: tifus exantemático. Examen de la cabeza: cerebro muy congestivo, sobre todo en base. Aumento de la cantidad de líquido cefalorraquídeo. Tórax: pulmones con congestión difusa no muy intensa; y en base de lóbulos inferiores pequeños focos hemorrágicos. No hay zonas de condensación. Corazón: blando, al corte algo decolorado, tumefacción turbia. Sin lesiones valvulares”¹⁰⁵¹.

¹⁰⁵¹ CHCHR. Historia Clínica nº 24.773

2.3.5.8 Tratamiento.

La práctica clínica de la época.

Para acabar este capítulo dedicado a la infección por Tifus exantemático, dedicamos unos párrafos para saber cuáles eran las líneas de conducta diagnóstica y terapéutica científicamente aceptadas en la época a la que nos hemos referido en nuestro estudio del Hospital del Rey. Para ello nos hemos basado en un Manual de Medicina interna publicado en 1920 bajo la dirección del Doctor Marañón¹⁰⁵².

Los casos típicos del tifus se caracterizan enseguida por el comienzo brusco o rápido, con aspecto grave, la fiebre alta con pulso frecuente, la cara inyectada (sobre todo las conjuntivas), la aparición temprana del exantema petequeial y la gran contagiosidad. De todos modos, hay que tener en cuenta la gran cantidad de formas atípicas y que el tifus presenta distintos caracteres de una epidemia a otra. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial con distintos procesos es, a veces, difícil.

Por ejemplo, la diferenciación con la fiebre tifoidea es importante. En general el comienzo es brusco en el tifus y lento en la tifoidea. El tifus exantemático comienza con síntomas principalmente nerviosos (cefalea intensa) y la tifoidea con síntomas digestivos (diarrea, gorgoteo de la fosa iliaca). La erupción tifoídica se limita al vientre, es escasa y constituida por roseola, mientras que la tífica se extiende al tronco y miembros, es abundante y sufre la transformación petequeial. El exantemático adquiere pronto en los casos graves, el aspecto postrado, estuporoso que en la tifoidea no se observa hasta avanzada la enfermedad. Por último, los hemocultivos y el suerodiagnóstico positivos en la tifoidea son negativos en el exantemático. Otra entidad que tenemos que citar en el diagnóstico diferencial del tifus exantemático es la meningitis cerebro-espinal. La diferenciación es muy difícil pues la erupción de la meningitis puede fingir fielmente la del tifus.

En cuanto al tratamiento que se propugnaba en la época, se ponía un especial hincapié en las medidas de higiene con limpieza escrupulosa de la boca, cambio diario de las ropas de la cama y de la camisa que debía llevar por única prenda el enfermo. La dieta láctea ocupaba un lugar importante, complementada por el uso de caldos a los enfermos con repugnancia a la leche. En cuanto al empleo de balneoterapia, había autores a favor (como Marañón) y otros en contra.

¹⁰⁵² HERNANDO, T., MARAÑÓN, G., et al., *Manual de Medicina interna. Tomo III. Enfermedades de las glándulas de secreción interna de la sangre, de la nutrición, infecciosas y parasitarias; avitaminosis, cáncer.* Madrid: Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

Marañón postulaba su uso como sedante del los síntomas nerviosos. También se aplicaba bolsas de hielo en la cabeza o el vientre durante horas.

La medicación utilizada en la tifoidea se dividía en la causal y en la sintomática. Como reconoce francamente Maraño dentro del primer grupo no se conocía ninguna. Se disponía de un listado de remedios ensayados con resultados variables: quinina y salicilato; salvarsán; emetina, suero citratado y suero yodado; mercurio, electrocargol, collobiasa de oro tintura de iodo, abscesos de fijación y sangrías.

En cuanto a la medicación sintomática, aquí cobraba un gran interés los principios terapéuticos utilizados como tónicos. En los tíficos muy postrados se empleaba de preferencia el aceite alcanforado, la adrenalina (especialmente cuando existe gran hipotensión y adinamia), el estrofantó, la esparteína y la digital (cuando el corazón decae).

En el capítulo de la sueroterapia, se observaban buenos efectos con suero de convaleciente de tifus en inyección subcutánea. También se empleaba la sangre total de convalecientes y la sueroterapia pasiva con suero de caballo o de burro hiperinmunizado por la inyección a dosis progresivas de una emulsión de bazo o de glándula suprarrenal de conejo de indias con infección exntemática. Los rsultados obtenidos eran buenos desde el punto de vista profiláctico y medianos desde el curativo.

La práctica clínica en el Hospital del Rey.

Las primeras medidas terapéuticas que adoptaban los médicos del Hospital del Rey contra el tifus exantemático, aparte del Tífico en evolución o de convaleciente, eran recomendaciones sencillas en relación al régimen dietético del enfermo¹⁰⁵³.

En cuanto a los menús diarios, destacan por su variedad en el tipo de alimentos¹⁰⁵⁴:

“8 am: Café con leche.

¹⁰⁵³“Tomará un vaso de leche, con cada comida”.

CHCHR. Historia Clínica nº 386

-“Añadimos agua de limón al tratamiento, lo demás se mantiene igual”.

CHCHR.

-“Ingesta de zumo de ocho naranjas al día”.

CHCHR. Historia Clínica nº 25.181

-“Una cucharada de aceite de ricino y manzanilla por las mañanas”.

CHCHR. Historia Clínica nº 382

-“Puré, frutas y verduras”.

CHCHR.

¹⁰⁵⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 3936

10 am: Leche.
12 pm: Sopa, verduras, croquetas, merluza, pan y postre.
3 pm: Leche
6 pm: Sopa, verduras, tortilla, pan y postre.
9 pm: Leche”.

Y al día siguiente:

“8 am: Café con leche
10 am: Leche
12 pm: Sopa, paella, pescado, pan y postre.
15 h: Leche.
18 h: Sopa, verdura, carne, pan y postre.
21 h: Leche”.

En un enfermo que ingresó con relativo buen estado general, se combina la recomendación dietética con la prescripción farmacológica: “Esparteína, Estricnina tarde y noche, junto con zumo de ocho naranjas al día”¹⁰⁵⁵.

En cuanto a los fármacos empleados en el tifus exantemático, como en otras enfermedades infecciosas aludiremos de forma descriptiva al uso que hemos encontrado anotado en las Historias Clínicas consultadas por el método de cala. En ningún modo pretende ser lo que sigue un estudio de la Terapéutica del tifus exantemático en la España de la época.

Una de las preocupaciones del médico que se enfrentaba el tifus exantemático, era mantener el tono vascular. Así, podemos leer el caso de un enfermo con cianosis en pies y manos al que se le prescribe: “Estricnina 15 miligramos cada dos horas. Cardiazol. Efedrina”¹⁰⁵⁶. Vemos anotadas en las gráficas de los enfermos el empleo de “Oubaina 1/4 dos veces al día, Estricnina, Digital en dosis de XX gotas y suero salino hipertónico”¹⁰⁵⁷. También se usa un medicamento nacional de la época: “Hispanoefedrina, dos veces al día junto con cafeína mañana y tarde”¹⁰⁵⁸. Por último, consta anotado el uso de Urotropina intravenosa (Figura 14).

¹⁰⁵⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 25.181

¹⁰⁵⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 33.200

¹⁰⁵⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

¹⁰⁵⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 29.324

“desde ayer tiene náuseas y vómitos alimentarios. No tolera la ingesta y no tomó alimento en toda la tarde. Manos frías. Pies no tanto. Pulso débil. Consciente, pero decaído. Temperatura 39° C; La tensión arterial es tan baja que no se puede medir”¹⁰⁵⁹.

Desgraciadamente, poco se puede hacer, falleciendo el paciente un día después de la última anotación clínica.

A veces, se describen maniobras terapéuticas en situaciones críticas. Así en un enfermo en el que se diagnostica infarto cerebral agudo, se le practica “una sangría de 110 centímetros cúbicos”¹⁰⁶⁰.

A veces, la situación de gravedad quedaba reflejada en la exploración física escrita por el médico. Es el caso de Melitón, un enfermo procedente de la cárcel Yaserías que acabó falleciendo:

“En la auscultación respiratoria, se objetiva congestión de ambas bases pulmonares. El paciente está consciente aunque obnubilado. Estado general francamente malo con palidez de piel, edema escrotal y tonos cardiacos débiles. Iniciar suero glucosado cien centímetros cúbicos con Insulina, quince unidades, dos veces al día”¹⁰⁶¹.

En la historia de este paciente no consta en ningún momento el diagnóstico de Diabetes, por lo que nos queda la duda sobre si la Insulina se usó de forma hipoglicemiante en un paciente diabético o hay que deducir aquí un uso terapéutico peculiar de la Insulina en el tifus exantemático. En este paciente se usa también: Lactoproteína y cafeína, con intención de aumentar osmolaridad plasmática y el tono vascular respectivamente.

Cuando el enfermo presentaba artralgias en el curso de la enfermedad, se usaba Aspirina tres comprimidos al día¹⁰⁶². En cuanto a la fiebre, un tratamiento estándar era el Alcohol Alcanforado o Alcanfor o Aceite Alcanforado¹⁰⁶³.

Pero pronto se comienza con el uso del Piramidón 0,10 gramos cada tres horas¹⁰⁶⁴. Sin embargo, el Piramidón no carecía de efectos adversos, sobre todo de intolerancia gástrica¹⁰⁶⁵. Si

¹⁰⁵⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 24.773

¹⁰⁶⁰ CHCHR.

¹⁰⁶¹ CHCHR. Historia Clínica nº 25.180

¹⁰⁶² CHCHR. Historia Clínica nº 20.906

la fiebre se acompañaba de delirio importante, se empleaban sedantes del tipo Luminal, un conocido antiepiléptico.

En otros tipos de pacientes, con predominio de erupciones hemorrágicas y afectación de mucosas, también se emplea Aceite Alcanforado. Por ejemplo, se emplea en un paciente afecto de Faringitis con enantema hemorrágico, aunque luego se tuvo que suspender para iniciar Salicilato seis gramos por vía oral.

No era raro la combinación de varios fármacos en un mismo enfermo de tifus exantemático, quedando reflejado en la gráfica de constantes utilizando la letra inicial del medicamento: “A: Alcanfor. E: Estricnina. B: Betamín. C: Cetamín. A’: Alfadelta en gotas”¹⁰⁶⁶. De esta manera, se podía ver de una simple ojeada los días que se había utilizado un medicamento en concreto.

El exantema podría complicarse en la aparición de Muguet o Candidiasis bucal, para lo que se empleaba “toques locales con Azul de Metileno al uno por ciento y jarabe de Benzodiocal”¹⁰⁶⁷.

Si las lesiones cutáneas llegaban a ulcerarse y erosionarse, se utilizaba la “cura seca, impermeabilizada, empleando Tul grasos o seda protectora del Dr. Durán”¹⁰⁶⁸. También se anota el uso de Sulfato de Zinc al uno por ciento o bien Pomada Azufrada en el caso de presentarse elementos acariformes en tronco”¹⁰⁶⁹.

Como en otras ocasiones, ante enfermos de tifus exantemático en los que aparecen complicaciones no relacionadas con este microorganismo, se aplicaba el remedio terapéutico específico de la época¹⁰⁷⁰. Además, conforme pasan los años, van apareciendo nuevos remedios terapéuticos que se aplican en relación con determinados síntomas¹⁰⁷¹.

¹⁰⁶³ CHCHR. Historia Clínica nº 16.730

¹⁰⁶⁴ “Ayer presentaba el enfermo fiebre de 40.5° C. Con Piramidón ha ido descendiendo la fiebre y hoy tiene 37° C”
CHCHR. Historia Clínica nº 24.844

¹⁰⁶⁵ “Este medicamento se suspende en ocasiones por intolerancia gástrica”

CHCHR. Historia Clínica nº 16.659

¹⁰⁶⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 25.182

¹⁰⁶⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 16.910

¹⁰⁶⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 16.916

¹⁰⁶⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 25.280

¹⁰⁷⁰ “Paciente con esputos mucopurulentos amarillo-cremosos, que se acompañan de roncós y sibilantes en todo el tórax. Se inicia tratamiento con Pectosán y Asmotón”

CHCHR. Historia Clínica nº 25.026

¹⁰⁷¹ “La erupción cutánea tiene aspecto purpúrico con prueba de Rumplel-Leede positiva. Iniciamos tratamiento con suplementos vitamínicos”. La prueba citada era un reflejo de una fragilidad capilar, por lo que se intenta evitar con suplementos vitamínicos.

CHCHR. Historia Clínica nº 24.782

“-Ha tenido bastante delirio, mirada fija, intercalando discurso incoherente”. Se apunta tratamiento con Cetamín y soporte nutricional.

CHCHR. Historia Clínica nº 24.782

En uno de los pacientes consultado, se objetiva la combinación de medios físicos con principios farmacológicos: “Aparición de cianosis marcada en extremidades inferiores”¹⁰⁷². Se aplica un remedio físico, el arco de luz, junto con Clorhidrato de Paparina. A pesar de ello, se produce necrosis local, con evolución a la formación de escamas que se desprenden espontáneamente¹⁰⁷³.

Las maniobras quirúrgicas se describen con escasez:

“Aparición de tumefacción intensa de muslo derecho con edema y dolor localizado en cara interna. Para hacer el diagnóstico diferencial de un absceso profundo, se hizo punción exploradora, siendo esta totalmente negativa”¹⁰⁷⁴.

También son escasas las intervenciones de especialistas en las historias consultadas: “Paciente visitado por el Dr. Bejarano, Otorrinolaringólogo, que le extrae tapones de cerumen”. Al continuar el paciente con sordera, es visitado de nuevo, observándose “retracción timpánica doble por obstrucción tubárica”¹⁰⁷⁵.

En resumen, volvemos a encontrarnos con una entidad nosológica en la que se emplea un arsenal terapéutico relativamente amplio, aplicándose con unos criterios no homogéneos, fundamentalmente dependiendo de las costumbres del clínico que atendiese al enfermo. El tratamiento principalmente está dirigido a resolver los síntomas que padece el enfermo y sus posibles complicaciones: bajar la fiebre, evitar el colapso circulatorio, atenuar el delirio, aliviar el dolor, etc. Volvemos a presenciar la paradoja de la existencia de unos profesionales sanitarios muy dotados para la descripción clínica de la entidad nosológica, pero desgraciadamente con pocos recursos para combatirla.

Por otra parte, en el tifus exantemático, se evidencia la importancia de la profilaxis y prevención para evitar la transmisión. Es una tarea en gran parte extrahospitalaria: la higiene personal y de la ropa por parte de la población de Madrid, junto con la evitación del hacinamiento en las viviendas, constituyan los pilares básicos en el control de la enfermedad.

-Aparición de dolores en masas musculares”. Introducción de tratamiento con Betamín dos ampollas intravenosas al día.

CHCHR. Historia Clínica nº 25.782

¹⁰⁷² CHCHR. Historia Clínica nº 24.840

¹⁰⁷³ CHCHR. Historia Clínica nº 24.840

¹⁰⁷⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 25.945

¹⁰⁷⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 33.200

También hay que tener en cuenta las circunstancias históricas en las que se atendió esta enfermedad. Y es que al desarrollarse la epidemia de tifus exantemático justo en una época de posguerra, se trasluce en su manejo por parte del Hospital una cierta carencia de medios diagnósticos y terapéuticos. Es por eso, que los médicos tienen que adaptar su labor a una época de pobreza y carestía junto con un cierto caos que lógicamente se produce en toda posguerra. Gracias a Dios y al trabajo de estos profesionales, la epidemia se logra controlar, eso sí poniendo al límite en algunas ocasiones la propia capacidad del Hospital. La posibilidad de flexibilidad de camas que añadía la existencia de Barracas y el buen hacer de los médicos logró sacar adelante la situación.

A la vista de estas pautas de conducta diagnósticas y terapéuticas consideradas como científicamente aceptables durante la época que corresponde al estudio del Hospital del Rey, podemos concluir que los profesionales de dicha Institución no solo se adecuaron correctamente al pensamiento científico de aquellos años, sino que en muchos casos se adelantaron innovando conceptos en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas.

2.3.6 POLIOMIELITIS.

2.3.6.1 Introducción.

La poliomielitis es una infección viral que puede afectar el asta anterior de la médula espinal provocando una parálisis de uno o varios miembros. El agente causal es el Poliovirus, un Enterovirus RNA¹⁰⁷⁶, perteneciente a la familia de los Picornaviridae. Existen tres serotipos inmunológicos, con subtipos diferentes en cada uno. Corresponde la mayor virulencia al tipo 1, serotipo Mahoney¹⁰⁷⁷. El tipo 1 es el más frecuentemente asociado a la forma paralítica de la enfermedad en España¹⁰⁷⁸.

Los virus se contagian de persona a persona por la ruta fecal-oral, o a través de las secreciones faríngeas de las personas infectadas, o bien, a través de la comida o bebida contaminada por material fecal. Las moscas pueden ejercer un papel en esta contaminación. De esta manera, los virus ingeridos se replican en la mucosa faríngea en relación con el tejido linfóide. Después de dos o tres días, se produce un período de viremia que dura aproximadamente hasta el noveno día. Es entonces cuando el virus es neutralizado por los anticuerpos del huésped. La exposición al virus conlleva una inmunidad de por vida, aunque sólo frente al serotipo causante de la infección¹⁰⁷⁹.

La infección por el virus de la polio, afecta más al sexo masculino que al femenino. Sin embargo, las mujeres embarazadas tienen alta incidencia de poliomielitis en comparación con las mujeres de su misma edad. Los intentos por explicar dichas diferencias han sido insatisfactorios¹⁰⁸⁰. Puede darse a cualquier edad, sin embargo en más de un 50% se afectan niños por debajo de los tres años. La enfermedad es más frecuente en verano y otoño (desde Julio hasta Septiembre).

La polio puede ser tan antigua como la humanidad, sin embargo existen escasas huellas de dicha afectación. Existe un relieve egipcio del año 1400 a.C., actualmente en el museo Carlsberg en Copenhague, en el que aparece un joven sacerdote con un miembro inferior acortado y

¹⁰⁷⁶ BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 1140, 2.001.

¹⁰⁷⁷ KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 942, 1.993.

¹⁰⁷⁸ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 26, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹⁰⁷⁹ KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 943, 1.993.

¹⁰⁸⁰ KIPPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 943, 1.993.

deformado en la típica posición equina como secuela de la polio¹⁰⁸¹.

En 1830, existen informes bien documentados de tres pequeñas epidemias de Polio en Inglaterra, EE.UU., y la isla de Santa Elena. A pesar de tratarse de una enfermedad conocida desde la antigüedad, la primera descripción científica se debe a Von Heine en 1.840¹⁰⁸². En 1.887, Medin estudia una epidemia en Estocolmo. Entre 1890 y 1900, se producen epidemias de Polio más numerosas en Escandinavia, Massachusetts. En 1.913, Wickan demuestra la existencia de formas atípicas. En 1.909, Landsteiner y Popper descubren la existencia de un ultravirus en el sistema nervioso central de las personas fallecidas de poliomiелitis, logrando su transmisión al mono. Y en 1916, se produce una gran epidemia en Nueva York reportándose 9.000 casos¹⁰⁸³.

Desde 1910, los científicos de todo el mundo lucharon por lograr una vacuna frente a la polio. En 1.944, Bodian, Kessel y Morgan clasifican las cepas en tres tipos antigénicos. En 1948, Enders, Weller y Robins por primera vez el crecimiento del virus de la polio en cultivo de tejido humano. Este descubrimiento posibilitó la posterior preparación de vacunas por Salk y Sabin¹⁰⁸⁴.

En 1951, Hilary Koprowski inyectó un virus atenuado a 20 adultos. En 1953, Jonas Salk inyectó una vacuna de virus inactivos 100 niños, creciendo este número a 400.000 niños en el siguiente año. En 1950, Sabin produjo por primera vez una vacuna oral del virus de la polio, que con el tiempo sería utilizada en todo el mundo¹⁰⁸⁵.

Después de 1955, se produce la extensión del uso de vacuna de Salk en Estados Unidos, Canadá, Sudáfrica, Australia y algunos países de Europa. Como consecuencia, se produce una caída dramática el número de afectados por la polio. A finales de 1960, la vacuna oral de Sabin se había administrado más de 115 millones de personas en Rusia y en países del este de Europa, produciéndose casi una completa eliminación de la enfermedad en estas regiones. Estos resultados, y su mayor seguridad, produjeron que la comunidad científica utilizara con mayor frecuencia cada vez la vacuna oral en vez de la inyectada¹⁰⁸⁶.

¹⁰⁸¹ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 947, 1.993.

¹⁰⁸² SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 26, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹⁰⁸³ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 947, 1.993.

¹⁰⁸⁴ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 26, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹⁰⁸⁵ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 943, 1.993.

¹⁰⁸⁶ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 948, 1.993.

Fruto de este programa de vacunación, la enfermedad ha sido erradicada de la mayor parte del mundo desarrollado. En estos países desarrollados, los pocos casos de poliomielitis se deben al virus atenuado de la vacuna. Los números, sin embargo, arrojan estadísticas completamente diferentes en los países en desarrollo, donde la Polio sigue constituyendo un serio problema sanitario. La Organización Mundial de la Salud ha establecido un programa de inmunización con resultados prometedores en Sudamérica. Sin embargo, en la parte central de África dicho programa no ha obtenido los resultados que se esperaban.

2.3.6.2 La Polio en España y en el Hospital del Rey.

En España, en el año 1.964, se realiza la primera campaña de vacunación. Durante el periodo anterior a la vacunación puede estimarse una cifra promedio mínima de 2200 casos anuales. Entre 1.959 y 1.963, fecha inmediatamente anterior a la vacunación, coincidiendo con una nueva epidemia de polio, fallecían una promedio de 241 personas de las cuales el 81% eran menores de 5 años.

En el Hospital del Rey, los primeros ingresos de polio se produjeron con ocasión de la epidemia en otoño de 1.928 con 112 casos atendidos. Tras esta epidemia, se mantiene una endemia con ingresos anuales variables de 20-30 casos, iniciándose en 1.955 un aumento progresivo de la morbilidad que llega a 324 en 1.963. En 1.964, comienzan las campañas nacionales de vacunación, cuyo éxito se manifiesta en la gran reducción del número de casos atendidos en el Hospital. La letalidad durante los dos primeros decenios (1.925-1.945) es de alrededor del 6%, descendiendo en el tercer decenio posiblemente por la utilización de los pulmones de acero.

Por lo tanto, a lo largo de la historia del Hospital del Rey, se atienden dos grandes epidemias de poliomielitis: la de otoño de 1.928 y la del verano de 1.955. Citaremos a continuación varios párrafos textuales del libro del Dr. Juan Torres Gost, pues parece apropiado, por un lado transmitir aquellas experiencias personales de quien fue testigo directo de la situación, y por otro lado, servirá de ejemplo de comparación entre las dos grandes epidemias citadas.

Se podría establecer una diferencia abismal en la capacidad de respuesta del Hospital, comparando ambas epidemias. No sólo por el salto de años, sino por el cambio de mentalidad médica, junto con el avance en medios materiales, científicos y recursos humanos.

Así, en la cuando se produjo la segunda epidemia se pudo evitar las retracciones articulares de la primera epidemia. Se crearon grupos bien estructurados compuestos por enfermeras

especializadas, y un equipo de médicos que diversificaron su labor para abarcar todas las facetas posibles de la epidemia. Todo esto concluyó con la creación de un Servicio Nacional de poliomielitis en el Tercer pabellón del Hospital del Rey.

No deja de ser Ilustrativa la descripción de la aparición de la epidemia de polio en el otoño de 1.928¹⁰⁸⁷:

“Dentro de esta calma surgió la epidemia. La epidemia era siempre una especie de escopetazo que retumbaba en todo el hospital, la señal de alarma ante la aparición de algo anormal que traería consigo quehaceres distintos de los habituales. La epidemia de poliomielitis hizo su aparición el otoño de 1.928, con características similares a la epidemia extensa que se vivió en los años 1.957 y siguientes, que no se limitó a los 112 casos de la de 1.928, sino que produjo una morbilidad mucho más abundante”¹⁰⁸⁸.

La dirección de la atención médica de la epidemia la llevaba personalmente el director del centro, doctor Tapia, el cual tuvo una actuación brillante, tanto en la toma de datos como los intentos terapéuticos.

Siguiendo a Torres, merece la pena detenerse en los medios terapéuticos con los que contaron los médicos encargados de atender la primera epidemia de poliomielitis¹⁰⁸⁹.

El asilo de San Rafael había tratado una década antes a enfermos de polio, y por lo tanto, el Hospital del Rey recurrió a esta Institución para obtener la sangre precisa y el suero. No había entonces poliomielíticos recientes y se calculaba que los sueros procedían de niños que habían pasado su enfermedad seis o doce años antes. Se inició el tratamiento con cinco a diez centímetros cúbicos por vía raquídea; pero producía unas reacciones adversas intensísimas que provocaron el abandono del procedimiento. Se empezó a utilizar solamente la vía muscular, por haberse demostrado que la aplicación del suero por esta última vía producía efectos similares. Las dosis de suero usadas fueron de veinte a cuarenta centímetros cúbicos diarios, durante varios días consecutivos. Como término medio se podía estimar que

¹⁰⁸⁷ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 39, 1.975.

¹⁰⁸⁸ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 39, 1.975.

¹⁰⁸⁹ Dando por supuesto que el virus pasa por una fase hematógena, tenía que dejar constancia en la sangre en forma de elementos inmunitarios, capaces de ser transmitidos con fines curativos a niños que empezaban su enfermedad. Se tenían los resultados favorables de Netter en 1.911, que había empleado este método con éxito en un número de casos suficientes para poder determinar la utilidad o inutilidad del método.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 39, 1.975.

la cantidad recibida por cada enfermito era de 150 a 200 centímetros cúbicos. Tanto los tratados con sueros sólo, como con suero y método de Bordier (combinación de suero de convalecencias con diatermia y electroterapia) no presentaron el menor indicio de acortamiento de la enfermedad ni mejoría ostensible de ningún síntoma que se pueda considerar básico para la poliomielitis.

Los poliomielíticos curaban de forma autolimitada su fase febril, quedando, naturalmente, las parálisis, que iban retrocediendo a medida que pasaban los días, hasta quedar reducidas a un grupo de músculos largos, que dejados a su propia evolución, al cabo del tiempo, se habían convertido en retracciones más o menos intensas y deformantes.

“Por aquella época todo el que tenía una poliomielitis tenía también a la larga una deformidad producida por la retracción. Era una consecuencia del estado de los conocimientos terapéuticos entonces, no se hacía nada para luchar contra la retracción y el acortamiento de los miembros enfermos. También estaba en mantillas la cirugía ortopédica aplicada a estas complicaciones, por lo que todo el que las sufría se quedaba con el defecto sin paliativos”¹⁰⁹⁰.

Se necesitarían muchos años para asimilar los conocimientos aportados por la atención clínica de esta primera epidemia de polio. Así queda reflejado por Torres Gost, que realiza una comparación entre las dos grandes epidemias de poliomielitis atendidas por el Hospital del Rey¹⁰⁹¹.

La conclusión de dicha comparación es obvia,

“pues se necesitaban treinta años para poder tener una idea un poco más clara de la manera de dirigir una colectividad de poliomielíticos hacia una salud más optimista. Se

¹⁰⁹⁰ “Había ciertas razones para que las cosas se desarrollaran como hemos señalado, y una de las fundamentales era el pequeño número de casos que había en los hospitales, lo que impedía emprender una obra de conjunto, estudiando aquellas facetas más oscuras de la enfermedad. Entre ellas están la etiología, la epidemiología, las reacciones serológicas, la difusión de la enfermedad, la parálisis respiratoria con las medidas para combatirla, así como la terapéutica sintomática desde el primer instante que facilitara todas las medidas ulteriores que se iban a tomar”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 40, 1.975.

¹⁰⁹¹ “Pasada la epidemia la poliomielitis, como enfermedad infecciosa, quedó olvidada para los profesionales del Hospital del Rey hasta que pasados treinta años apareció otra epidemia grande que motivó la creación del Servicio Nacional de poliomielitis. Este servicio actuó de manera distinta de como actuó Tapia; éste escribió una pequeña monografía muy completa para la época, que se hizo utilizable parcialmente todavía en la parte clínica en la nueva epidemia”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 41, 1.975.

necesitaban estos treinta años para que los dirigentes no se asustaran de la cantidad de personal que hacía falta para la asistencia de un centenar de enfermitos; se necesitaban esos treinta años para aprender a trabajar en equipo, sistema indispensable para la asistencia de los pequeños enfermos poliomielíticos si tenían que estar correctamente atendidos”¹⁰⁹².

La segunda epidemia de Polio coincidió con un periodo de cambios en la dirección del Hospital del Rey, en concreto por el fallecimiento de Vallejo de Simón que ocurrió durante el verano de 1955. Poco después de su muerte, se convocó concurso para proveer la plaza de director del hospital, que le fue concedida a Torres Gost¹⁰⁹³. Se decidió crear un gran Servicio Nacional de poliomielitis en el Pabellón III, dedicado íntegramente a esta enfermedad.

Es en este momento cuando se inicia los grandes proyectos de reforma del Hospital que permitiría dar un salto de calidad en la atención de la poliomielitis¹⁰⁹⁴. El entusiasmo demostrado por los profesionales del Hospital logró atraer la atención y el apoyo económico de los políticos de la época:

“Se contó con medios suficientes para continuar las obras del Pabellón III a buen ritmo, y a mediados de 1.959 el pabellón estuvo en condiciones de recibir enfermos. Se llenó en poco tiempo. El 7 de marzo de 1.960, tuvo lugar la inauguración oficial del servicio, con asistencia del ministro Alonso Vega”¹⁰⁹⁵.

Se creó, de esta forma un equipo coordinado y competente¹⁰⁹⁶, que además contaba con unos medios adecuados para el ejercicio de su función sanitaria¹⁰⁹⁷.

¹⁰⁹² TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 41, 1.975.

¹⁰⁹³ “No se podía olvidar que estábamos en plena epidemia de poliomielitis, que era el proceso infeccioso más genuino que necesitaba de una técnica compleja y variada para el tratamiento y recuperación de enfermos”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 133, 1.975.

¹⁰⁹⁴ “Los médicos del Hospital viajan por Europa y visitan Clínicas y Servicios de atención especializada en poliomielitis, intentando asimilar lo más aprovechable en cada caso”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 134, 1.975.

¹⁰⁹⁵ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 140, 1.975.

¹⁰⁹⁶ “La experiencia nos podía permitir calcular que una enfermera hábil, despierta, podía tener ocho camas, mantener a los niños constantemente secos, puestas las ferulitas posturales correctoras de la retracciones, a las horas que se le señalaban por escrito. De ahí que cada una de las salas primitivas se convirtiera en dos salitas, separadas por un tabique medianero de cristales en la parte superior, con lo cual la cuidadora de una sala podía vigilar la otra”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 134, 1.975.

¹⁰⁹⁷ “Cada sala tenía ocho camas o cunas, según la edad de los niños. Todas las camas y cunas tenían un colchón bastante duro, y como complemento, un arco metálico para evitar la presión de las ropas y la posible deformación de los miembros sumamente delicados de los enfermos. Armarios, lavabos, revestimiento de las paredes de un azulejo de color que permitiera una buena limpieza de la sala además de dar la alegría. Se contaba con seis habitaciones en

El personal necesario para poner en marcha el pabellón III fue el siguiente (organización asistencial del Servicio Nacional de poliomielitis):

“Director-jefe clínico; Psiquiatra; Ortopeda; Cardiólogo; Neurólogo; Radiólogo; y dos médicos de piso, con cuatro becarios. Dieciséis salas y doce habitaciones individuales. Dieciséis bordadoras, dos Hermanas de la Caridad, seis muchachas, dos mozos, y catorce fisioterapeutas”¹⁰⁹⁸.

En definitiva, todo esto hizo que la forma de actuación del Hospital del Rey en la segunda epidemia fuera, por así decirlo, más científica al haber una dotación de medios incomparablemente superior. Sin embargo, esto no quita, ni resta mérito profesional a los médicos que atendieron la primera epidemia, pues el arte de la medicina consiste en aplicar a los pacientes el estado de la ciencia médica que corresponde a cada época.

2.3.6.3 Datos de Filiación de los pacientes.

De forma mayoritaria, los casos de la epidemia fueron ingresados en los Pabellones I y II (segunda planta de ambos).

La edad variaba entre los diez meses y los seis años. No obstante, existe alguna excepción como es el caso de un chico de diecisiete años de edad¹⁰⁹⁹, de profesión mecánico y procedente de Vitoria. Al parecer, es un enfermo que acudió al Hospital ya convaleciente, pues pasó la enfermedad en su domicilio y cuando ingresó ya llevaba tres meses de evolución. Por eso el diagnóstico en este caso se etiqueta como: “poliomielitis anterior. Fase crónica”. Se encuentran otros casos de dieciséis años, aunque de modo esporádico.

Aunque la procedencia geográfica de los enfermos, durante la epidemia de 1928 fue variada, lógicamente la mayoría era de Madrid. Haremos una somera citación, de las zonas o calles de origen de los pacientes de Madrid: Ronda de Segovia¹¹⁰⁰, Escorial¹¹⁰¹ (pueblo), Cuatro

cada piso, todas con baño individual, y en dos de ellas un hall de entrada, constituían un buen capítulo de obras. Al mismo tiempo, en el piso alto se construía un quirófano, con desinfección y agua estéril para uso de los médicos, y una amplia habitación por las camillas y para el comienzo de la anestesia. Esto, y una sala de reconocimiento de enfermos y amplio retrete adecuados a las parálisis de los que iban a usarlos, costó tiempo y dinero. Más costó el semisótano, que además del dinero exigió ingenio y técnica para que los cimientos del pabellón no se resintiera ni sufriera la solidez el edificio”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 134, 1.975.

¹⁰⁹⁸ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 139, 1.975.

¹⁰⁹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 4540

¹¹⁰⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 5292

Camino¹¹⁰² (pueblo), Barceló¹¹⁰³, Ferrocarril¹¹⁰⁴, Travesía de las Ventillas¹¹⁰⁵, Tren¹¹⁰⁶, Paseo de las Delicias¹¹⁰⁷, Vallehermoso¹¹⁰⁸, Ruda¹¹⁰⁹, Canillejas¹¹¹⁰ (pueblo), Tetuán de las Victorias¹¹¹¹ (pueblo), Alcalá¹¹¹².

La procedencia de los enfermos de fuera de la capital es variada: Pueblos de la provincia de Ávila (Cepeda de Mora¹¹¹³, Papatrigo¹¹¹⁴), Segovia¹¹¹⁵, Málaga¹¹¹⁶, Toledo¹¹¹⁷, Baeza¹¹¹⁸, Ciudad Real¹¹¹⁹, Jaén¹¹²⁰, Madrid (Capital), Vitoria¹¹²¹, etc.

Esto, como ya hemos visto en otras enfermedades, nos demuestra que el Hospital no era sólo una Institución de uso local o provinciano. Se puede hablar con razón, como posteriormente se denomina en la República, de Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas¹¹²².

La duración del ingreso suele ser aproximadamente de un mes. Probablemente sea debido a que los enfermitos eran rápidamente reclamados por sus madres, como así consta con frecuencia en la razón o motivo del alta hospitalaria: petición voluntaria. Y también influye el hecho de que, lamentablemente, una vez establecida la fase parética, poco había que hacer.

Durante estos años, como ya hemos comentado, la rehabilitación y prevención de las deformidades articulares no se aplicaban y la atención médica de los enfermos poliomielíticos, consistía fundamentalmente en una detallada descripción clínica de las distintas fases de la enfermedad. Así, la otra causa de alta anotada con frecuencia es el alivio. Pocas veces se anota: curación.

Como ya hemos comentado, la epidemia de Polio, mostró una mortalidad baja, a pesar de la gravedad e importancia de sus secuelas.

¹¹⁰¹ CHCHR. Historia Clínica nº 5380

¹¹⁰² CHCHR. Historia Clínica nº 4398

¹¹⁰³ CHCHR. Historia Clínica nº 5443

¹¹⁰⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 5505

¹¹⁰⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 5546

¹¹⁰⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 5562

¹¹⁰⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 5930

¹¹⁰⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 6533

¹¹⁰⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 6297

¹¹¹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 6815

¹¹¹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 6985

¹¹¹² CHCHR. Historia Clínica nº 7141

¹¹¹³ CHCHR. Historia Clínica nº 4769

¹¹¹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 4800

¹¹¹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 4887

¹¹¹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 4856

¹¹¹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 4907

¹¹¹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 4940

¹¹¹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 5055

¹¹²⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 5062

¹¹²¹ CHCHR. Historia Clínica nº 4540

¹¹²² Como ya hemos comentado en otras ocasiones, el nombre del Hospital del Rey desaparece y se cambia por el de Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Este cambio se produce en el mes de Mayo de 1.932.

No obstante, como siempre en Medicina, no se puede generalizar, y alguno de los enfermos poliomielíticos falleció por complicaciones agudas de su proceso infeccioso. El caso de un niño de tres años, que murió a los dos días de su ingreso. Tuvo un comienzo muy parecido al resto de los ingresados por la misma enfermedad: “historia de proceso febril agudo, acompañado de síntomas digestivos, que ceden junto con la fiebre, dejando paso a la fase paralítica”¹¹²³.

Sin embargo, la evolución es fulminante:

“El niño se encuentra con la cara vuelta, postrado en cama, resaltando el ruido de parálisis bronquial. A la exploración destaca una parapléjica inferior total, con abdomen timpánico, blando, sin reflejos. Dada la extrema gravedad que presenta el niño, se piensa en la posibilidad de un síndrome de Landry”¹¹²⁴.

Siempre que se producía un fallecimiento, el médico de guardia dejaba una nota escueta clínica¹¹²⁵.

Se puede leer en alguna historia la derivación del enfermo desde otro centro hospitalario:

“Hace diez días comienza con vómitos y fiebre, quejándose de dolor en la pierna derecha, notando que no podría tenerse en pie. A los cuatro días de estancia en el Hospital del Niño Jesús le hicieron una punción lumbar. Le mejoró la cefalea, pero notó la madre que la cabeza le caía hacia el pecho. En este estado se traslada al Hospital del Rey”¹¹²⁶.

Esto ocurre en octubre de 1.932. Demuestra que el Hospital del Rey funcionó de algún modo como canalizador de la epidemia de Polio. Y quizás no sólo traduzca una estrategia sanitaria de las autoridades madrileñas, sino que demuestra el creciente prestigio del Hospital en el ámbito de las enfermedades infecciosas.

A veces, del estudio de las historias clínicas de la epidemia de polio, se puede deducir el proceso contrario: una vez mejorado el proceso agudo poliomielítico tras el ingreso en el Hospital del Rey, algunos enfermos eran derivados a otros hospitales, quizás para realizar una estancia larga que permitiese una lenta rehabilitación, o a lo mejor, por simple comodidad de distancia entre el centro hospitalario y el domicilio familiar.

¹¹²³ CHCHR. Historia Clínica nº 5508

¹¹²⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 5508

¹¹²⁵ “Desde por la tarde se observa estertor grueso traqueal muy pronunciado y con cianosis intensa. No se perciben bien los tonos cardíacos, ligera rigidez de nuca”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5508

¹¹²⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 7526

Carmen¹¹²⁷, es una niña de tres años, que ingresa en el Hospital del Rey con el diagnóstico de poliomielitis. Probablemente, esta niña precisaba una estancia larga en un centro sanitario dada la severidad del cuadro desarrollada durante su ingreso en fase aguda en el Hospital del Rey: “parálisis de pierna izquierda que se extiende a todo el cuerpo, preservando la mano derecha”. Una vez que la paciente pasa a fase crónica o estable, se traslada al alta, al Servicio del Doctor Bostos del Hospital Militar, decidiendo allí, “escayolar las dos piernas desde la rodilla para abajo”, método muy poco utilizado en el Hospital del Rey durante la primera epidemia de poliomielitis.

Curiosamente, esta enferma tuvo que volver a ingresar en el Hospital del Rey como consecuencia de una complicación secundaria a la escayola: “hace un mes comenzó a salir sangre por debajo de la escayola, y al quitarla se comprobó la existencia vejigas grandes con líquido claro”.

Quizás los traslados sufridos por esta enferma, ilustran el carácter de atención de procesos agudos del Hospital del Rey. Se atiende el proceso agudo de polio de la paciente, se deriva a otro Hospital para rehabilitación, y se atiende de nuevo la aparición aguda de una complicación.

2.3.6.4 Información epidemiológica.

El médico de guardia siempre preguntaba por los antecedentes epidemiológicos, a la llegada del enfermo al Hospital. Una de la funciones del médico de guardia era clasificar al enfermo en una posible entidad nosológica. Para ello sólo disponía de la semiología clínica y de una correcta y completa Anamnesis clínica.

El funcionamiento del Hospital del Rey, generalmente, se basaba en esta correcta clasificación. El enfermo era atendido en el pabellón I, y desde allí se dirigía correctamente clasificado hacia el pabellón correspondiente. Por tanto, una mala praxis del médico de guardia, retrasaba todo el funcionamiento del Hospital, pues es de suponer que el paciente tendría que ser de nuevo ubicado en el pabellón correspondiente. Además ya hemos comentado en otras ocasiones el peligro potencial que tenía el error de clasificar mal una enfermedad infecciosa pues llevaba asociado el riesgo de contagios mixtos. Sólo hace falta imaginar la situación que se podía crear juntando en una misma sala un enfermo varioloso con poliomielíticos.

Evidentemente, los potentes métodos diagnósticos actuales permiten una exactitud diagnóstica mucho más rápida. Sin embargo, esto no quita ningún mérito a los profesionales de

¹¹²⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 7734

la época del Hospital del Rey, quienes suplían estas carencias basándose en una meticulosa exploración clínica y Anamnesis.

Se comprende de esta forma la meticulosidad en las preguntas encontradas en las Historias clínicas consultadas¹¹²⁸:

“No ha habido en el pueblo de Cabañas de Sagra de Toledo, ningún niño con síntomas de enfermedad. En un pueblo inmediato -Villaluenga- sí se han registrado algunos casos. Las relaciones entre ambos pueblos eran muy estrechas, pues incluso se surtían de medicamentos en éste último pueblecito”¹¹²⁹.

En algún caso en los antecedentes se hila fino:

“Antes de caer el niño enfermo, la madre estuvo unos días indispuesta, quedándole después una parálisis facial del lado derecho, que cedió al cabo de un mes, desapareciendo por completo. La familia lo atribuyó a la aplicación de corrientes”¹¹³⁰.

También, se describen enfermedades venéreas, frecuentes en el Madrid de la época¹¹³¹. Tampoco son raros los ejemplos de propagación familiar¹¹³²: “Desconocen relación de contagio familiar. Dos días antes una hermanita ha comenzado también con parálisis infantil”¹¹³³.

2.3.6.5 Los Antecedentes Patológicos.

¹¹²⁸“Ha vivido en Madrid hasta que marchó de vacaciones a su pueblo (Montejo de Arévalo, Segovia), cayendo enfermo a los 10 días de su llegada”.

CHCHR.

-“En su estancia en Madrid, en muchos momentos del día estaba en un despacho de carnes que su familia tiene en la calle Corredera Alta. Siempre ha bebido leche de vaca”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4887

-“Bebía leche de cabra hervida”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5062

-“Agua de Lozoya”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5279

¹¹²⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 4907

¹¹³⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 4856

¹¹³¹ “Padre con antecedentes de sífilis tratado con una tanda de aceite gris y otra de neosalvarsán”. CHCHR. Historia Clínica nº 5443

¹¹³² Leemos en otra historia: “Coincidencia de parálisis con otra hermana que ingresa al mismo tiempo en el Hospital”.

CHCHR. Historia Clínica nº 7258

-“Convivencia con un hermano que actualmente se encuentra hospitalizado en este centro con probable poliomiелitis aguda”.

CHCHR. Historia Clínica nº 7246

¹¹³³ CHCHR. Historia Clínica nº 7231

Por la escasa edad de los pacientes, es lógico que los antecedentes personales sean escasos en la mayor parte de los casos¹¹³⁴. Sí se puede indagar, a través de los antecedentes familiares, la alta mortalidad de la época¹¹³⁵. Así, leemos con asombro: “padre sano, madre enferma del corazón; doce embarazos, once hijos y un aborto. Cinco fallecidos (de viruela, difteria y meningitis). De los seis que viven, uno con tuberculosis Pulmonar, cuatro sanos, y el enfermito de poliomielitis”¹¹³⁶. En resumen, un auténtico repertorio de enfermedades infecciosas con las consiguientes defunciones.

Desgraciadamente, no debían ser casos aislados. En una sociedad con una morbilidad infantil tan elevada, quizás el alto número de hijos es el que aseguraba de algún modo la pervivencia de algunos sanos.

En algún caso en concreto, se hace hincapié en el antecedente de otra enfermedad infecciosa ya pasada, junto con sus complicaciones: “Antecedente de Sarampión con absceso en Mastoides y perforación de oído. Tuvo que ser operada hace dos meses. Se le realizó posteriormente autovacunación con lo que mejoró mucho”¹¹³⁷.

En determinados casos, a pesar de la corta edad, los antecedentes patológicos ya eran abundantes. Así, un paciente con dos años de edad presentaba la siguiente lista:

“Lactancia artificial. A los ocho meses proceso febril que duró tres meses con trastornos digestivos. Tos ferina al año de edad, que duró dos meses, en ambiente epidémico. Hace seis meses, sarampión, que duró once días, bronconeumonía en base derecha como complicación, en ambiente epidémico. Trastornos digestivos con frecuencia. Hace tres meses, proceso febril que duró un mes, sin causa justificada. Por ser la fiebre alterna, el médico que le atendió pensó en un paludismo. Furunculosis en cuello hace un mes”¹¹³⁸.

2.3.6.6 Descripción de la Enfermedad actual.

¹¹³⁴ “No ha padecido ninguna enfermedad anterior. Alguna indigestión banal”.

CHCHR

¹¹³⁵ “Padre muerto de cáncer laríngeo, cuatro hermanos sanos; han muerto otros cuatro: dos de ataques a la cabeza y otros dos de hiponutrición”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4907

-“Un hermano murió a los 6 meses de edad por una intoxicación alimentaria”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5062

-“Los padres sanos, con tres hijos, dos de los cuales muertos de procesos respiratorios”.

CHCHR.

-“Cuatro niños muertos de pequeños con procesos cutáneos y nerviosos”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5292

¹¹³⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 7543

¹¹³⁷ CHCHR.

Como antes hemos apuntado, la descripción clínica del proceso era de gran exactitud, con prolijidad de detalles a los que se concede una gran importancia. Por ejemplo:

“hace doce días los padres comenzaron a notar que la niña estaba inquieta y excitada. Tenía además la piel muy caliente y la cara congestionada. Al día siguiente, la purgaron y al parecer cedieron las molestias y desapareció la fiebre, encontrándose completamente bien. Un día permaneció en este estado y al siguiente se dieron cuenta de que la enfermita cojeaba y movía con dificultad la pierna derecha. Desde entonces continua lo mismo, habiendo recobrado alguna mayor movilidad. A veces se queja en estos últimos días de dolores por debajo de la rodilla”¹¹³⁹.

Podemos comprobar como en aquella época se usaba con relativa frecuencia métodos como la purgación con bastante aceptación entre la población general. En este caso, el uso de la purga va asociado a una mejoría del estado general de la paciente.

También es verdad, que el cuadro clínico poliomiélico era bastante repetitivo, y eso ayudaba al médico que hacía la historia clínica a estandarizar mucho los datos:

“Comienzo en los primeros días de marzo con fiebre y tos, sin ninguna otra molestia. A los dos o tres días, notaron que le dolían las piernas, y que al intentar ponerla de pie, no apoyaba la pierna derecha. Sin más sintomatología desde entonces, ha mejorado hasta apoyar el pie derecho cuando se la ayuda a la enfermita a ponerse de pie”¹¹⁴⁰.

En alguna ocasión, en plena epidemia se encontraba alguna forma clínica que destacaba dentro del conjunto por sus peculiaridades. Así se describe una forma de poliomiélitis con afectación cruzada, es decir parálisis que afecta a miembros opuestos:

“Comienzo hace diecisiete días, con fiebre, con remitencias de medio y un grado, siendo la temperatura máxima de 38.5° C, con sudores profusos y sin escalofrío. Conserva bien sus funciones digestivas. A los seis días, desaparece la fiebre y empezaron a notar debilidad de ambas piernas con hipoestesia y actitud en flexión, recobrando días después los movimientos de pierna izquierda y encontrando paresia de pierna derecha y brazo izquierdo”¹¹⁴¹.

¹¹³⁸ CHCHR. Historia Clínica n° 12.778

¹¹³⁹ CHCHR. Historia Clínica n° 4769

¹¹⁴⁰ CHCHR. Historia Clínica n° 4800

¹¹⁴¹ CHCHR. Historia Clínica n° 4887

A veces, la presentación inicial de la enfermedad, conllevaba una cierta confusión, pero la evolución a la parálisis, desgraciadamente resolvía todas las dudas:

“Hace unos quince días tuvo un ataque caracterizado por movimientos rápidos, de rotación y laterales de la cabeza, con desviación de los globos oculares. Al cabo de dos días, desaparecieron los ataques, notando entonces la madre que tenía el brazo izquierdo inmóvil”¹¹⁴².

En otros casos la cefalea era el síntoma princeps¹¹⁴³. En ocasiones, predomina el dolor en el cuadro clínico poliomiélico¹¹⁴⁴.

A veces, llama la atención la forma de expresarse el médico, o los términos utilizados: “Incapacidad de sostenerse en pie, los dos miembros inferiores como de polichinela”¹¹⁴⁵. No era infrecuente recurrir al símil de las monedas más usadas de la época: “Erupción en extremidades inferiores en forma de cicatriz redondeadas del tamaño de una moneda de dos céntimos”¹¹⁴⁶. Sin embargo, en ocasiones, el símil empleado para realizar la comparación de tamaño no deja de sorprendernos: “Aparece en región anteroexterna de muslo izquierdo una infiltración dura del tamaño de una mano de niño pequeño”¹¹⁴⁷.

Como ya hemos comentado, no eran infrecuentes los reingresos de pacientes poliomiélicos¹¹⁴⁸.

¹¹⁴² CHCHR. Historia Clínica nº 4907

¹¹⁴³ “La enferma se despierta a media noche con fuerte cefalalgia que persiste al día siguiente. La cefalalgia fue disminuyendo hasta desaparecer al tercer día de enfermedad, empezando a aquejar fuertes dolores internos en las piernas que le producían gran agitación”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5062

¹¹⁴⁴ “Comienzo hace doce días con gran intranquilidad y fiebre. A los cuatro días, parálisis de ambos miembros inferiores y superiores. Al tocarle respondía con fuertes gritos”.

CHCHR. Historia Clínica nº 6985

–“Continúan los dolores generalizados, impidiéndole el descanso”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5279

¹¹⁴⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 7264

¹¹⁴⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 5380

¹¹⁴⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 5380

¹¹⁴⁸ “Alta del 21 de Mayo del años pasado. Al alta comenzó a tomar baños de sol. Tomó durante dos horas seguidas el primer día, aumentando hasta cuatro horas. No notó ninguna mejoría. Así estuvo durante un mes. Dejó de tomar baños y comenzó a hacer gimnasia sin método, pero persistentemente durante veinte minutos diarios. Desde entonces comenzó a mover con mayor facilidad las extremidades. Dos semanas más tarde comenzó a mover las piernas. Al mes se podía sostener. Ha continuado esta mejoría hasta su nuevo ingreso. Durante las últimas horas de la tarde en estos días de niebla ha notado mayor flojedad”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5641

2.3.6.7 La Exploración Física y la Evolución de los pacientes.

En cuanto a la exploración clínica, los detalles se apuntaban predominantemente en dos secciones o apartados del modelo de Historia Clínica: primero, en el hábito exterior, subdivisión miembros. Y segundo, en el apartado de sistema nervioso. Así podemos leer de un enfermo:

“Miembros:

Deformidades: con tendencia al equinismo en pie izquierdo. Músculos: Hipotonía de los músculos del muslo y pierna izquierda.

Huesos: bien; Articulaciones, bien.

Sistema Nervioso:

Motilidad: realiza movimientos de flexión y extensión con el pie derecho. Mueve los dedos de este pie. Paraparesia de ambos miembros inferiores, muchos más acentuada en lado izquierdo.

Sensibilidad (térmica y dolorosa): Bien.

Abdominal: derecho normal, izquierdo disminuido.

Cremastérico: derecho normal, izquierdo abolido

Keruaig: no; Babinski: no.

Estupor: no; Delirio: no; Órganos de los sentidos: bien”¹¹⁴⁹.

No es raro, incluir en la exploración física la descripción de la presencia de hiperestesia o sensación dolorosa de los miembros afectados¹¹⁵⁰.

Es de destacar la minuciosidad de la exploración clínica, lo que traduce la profesionalidad de estos médicos. Exploraban al detalle a enfermos que invariablemente acababan con parálisis, quizás con la esperanza de encontrar detrás de la semiología alguna luz que pudiera indicar un buen pronóstico, o un curso clínico diferente al habitual.

Una de las principales recompensas del trabajo médico es la curación o mejora del enfermo tratado. Lo implícito en la profesión médica es el curar o sanar. Si nos pusiéramos en el lugar de los médicos de esta época, probablemente experimentaríamos un cierto grado de frustración. No obstante, en la medicina, cuando no hay curación, siempre se pone por delante de la mente del médico el reto por encontrar algún medio para aliviar al menos la enfermedad, y esta faceta sí da sentido a la profesión sanitaria.

En general, es poco frecuente en la historia de entrada al Hospital la descripción de deformidades. La razón fundamental es que no había habido tiempo suficiente para su desarrollo.

Desgraciadamente, en muchos casos sólo hacía falta esperar unas semanas para que invariablemente las deformidades apareciesen¹¹⁵¹.

¹¹⁴⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 4540

Así por ejemplo podemos leer en una enferma que tuvo el comienzo de la enfermedad hace siete meses: “Miembros: Deformidades: Ambas piernas quedan en rotación externa al dejarlas sobre la cama. Tendencia al equinismo doble”¹¹⁵².

Lo mismo se puede decir de la presencia de atrofia muscular que requiere un tiempo de evolución para que aparezca. Por eso sólo se describe en los enfermos con varios meses de evolución: “Atrofia muscular de muslo y pierna derecha”¹¹⁵³.

En los primeros momentos de hospitalización, lo normal por lo tanto era la ausencia de deformidades, con presencia de paresias flácidas establecidas:

“Motilidad: ligera paresia flácida de miembro inferior derecho. Al andar arrastra la planta del pie y tiene dificultad para adelantar la pierna. La paresia, con la hipotonía muscular son manifestas al oponer resistencia a los movimientos de flexión”¹¹⁵⁴.

Esto nos lleva a resaltar que dentro de la epidemia de poliomielitis atendida por el Hospital del Rey, se veían enfermos en estado agudo de enfermedad (la mayoría) y otros con un cierto grado de evolución.

Sobre estos últimos cabe preguntarse los motivos del traslado a un Hospital de agudos de enfermedades infecciosas, cuando ya las parálisis estaban totalmente establecidas y la posibilidad de recuperación era mínima. En otras palabras: qué era lo que hacía a un enfermo con una Polio de varios meses de evolución, trasladarse desde Vitoria o Ávila hasta Madrid. Aquí evidentemente puede considerarse el prestigio o fama del hospital entre médicos de fuera de Madrid, que justificara de algún modo estos traslados.

Retomamos de nuevo nuestra descripción de los datos obtenidos del apartado de Exploración Física de los enfermos con polio. Por su interés, describimos a continuación casos de posible coexistencia entre poliomielitis y parotiditis. Lo hemos encontrado al menos en dos historias. Como en otras ocasiones, volvemos a comprobar el interés del médico de la época por la descripción clínica detallada del proceso desde su comienzo:

“Hace siete días el enfermito empezó a notar dolores de vientre, estreñimiento y fiebre hasta 40° C con cefalea e insomnio. A los tres días, la madre notó que tenía temblor en

¹¹⁵⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 5688

¹¹⁵¹“En esta época, la rehabilitación estaba en mantillas”.

Torres Gost, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 40, 1.975.

¹¹⁵² CHCHR. Historia Clínica nº 4856

¹¹⁵³ CHCHR. Historia Clínica nº 4800

¹¹⁵⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 4769

miembro inferior izquierdo y que no podía moverlo. En el cuarto día comienza con tumoración de parótida izquierda, que en la actualidad persiste”¹¹⁵⁵.

En la evolución, se comprueba la administración doble de tratamiento: “persiste dolor a la presión en la región preauricular, de la parótida, sin grandes modificaciones. Como tratamiento: diatermia 15 minutos, y luego convaleciente de parotiditis cincuenta centímetros cúbicos de forma subcutánea”. Se anota la buena evolución: “Ha desaparecido totalmente la parotiditis, pero aún persiste el insomnio”¹¹⁵⁶. Quizás no sea desmesurado decir que probablemente ambas epidemias coexistieron¹¹⁵⁷.

Con ocasión de los capítulos dedicados a tuberculosis, nos adentraremos en la exploración clínica del aparato respiratorio. No obstante, no deja de ser significativa la inclusión por parte de los clínicos que atendieron la epidemia de polio, de una detallada exploración respiratoria, cuando así lo requería el caso. Leemos en una historia redactada por el Doctor Calonge:

“Comienza hace siete días con tos sin expulsar esputos por tragárselos. Al día siguiente guarda cama, teniendo fiebre con aumento de la tos y astenia general. Inapetencia, sudoración abundante. Aparato respiratorio: Tórax forma normal. Movimiento y expansión: simétricos. Tipo de respiración: costo-diafragmática. Límites del corazón: Borde derecho normal. Borde izquierdo: normal. Latido de la punta (espacio y relación con la mamila): entre IV y V, en línea. Auscultación: Tonos puros y rítmicos. Pulso: lleno y rítmico, acelerado”¹¹⁵⁸.

Para la descripción de la auscultación pulmonar se adjunta en la historia un pequeño gráfico, en el que aparece un esquema anatómico de los pulmones en las cuatro posibles posiciones: anterior, lateral izquierda, posterior y lateral derecha. Sobre el gráfico, el médico apuntaba los ruidos normales y los sobreañadidos: roncós, sibilantes y crepitantes.

Como ya hemos anotado más arriba, leemos casos con presentaciones clínicas no tan típicas, o por lo menos con características que se salían de la normalidad: “Paciente afecto de somnolencia con paresia palpebral”¹¹⁵⁹.

¹¹⁵⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 7250

¹¹⁵⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 7250

¹¹⁵⁷ “En el barrio de Carabanchel hay abundantes casos de Parotiditis”.

CHCHR. Historia Clínica nº 7257

¹¹⁵⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 7174

¹¹⁵⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 7264

Leemos en las notas del curso clínico: “presencia de contracciones clónicas de ambos párpados con movimientos nistagmiformes de globos oculares. Motilidad facial conservada”. A lo largo de los días, el paciente mejora clínicamente, “reduciéndose las contracciones nistagmiformes en posiciones extremas de la mirada. No obstante, al cabo de varios días surge de manera brusca, irritabilidad con afección excitante y sensaciones de miedo de tipo alucinación”¹¹⁶⁰.

Suponemos que estas variaciones del curso clínico, dentro de una enfermedad bastante repetitiva y constante como lo era la Polio, supondría para el clínico responsable una incertidumbre e inseguridad notables: ¿se trataba de una poliomiелitis con variantes clínicas poco frecuentes, o es que estaba delante de una entidad clínica distinta, confundida erróneamente con la poliomiелitis? Estas incertidumbres formarían parte, casi con seguridad, del pensamiento diario de los médicos de la época.

El método diagnóstico basado fundamentalmente en la descripción clínica tenía sus limitaciones, y tendrían que pasar años y décadas, para que el médico pudiera empezar a disponer en su quehacer diario de tecnología avanzada en la que poder basar indicios de evidencia científica.

Evidentemente, estas dudas clínicas, tenían a veces una importante repercusión sobre la toma de decisiones. Así vemos que puede estar justificada la decisión de aislar una enferma clasificada en un primer momento como poliomiелítica: “Durante la exploración tiene unos golpes de tos de tipo Tos Ferina, por lo cual se decide aislar a la enfermita en una habitación”¹¹⁶¹.

En alguna ocasión creemos que se pudo sobrediagnosticar. Era unos de los peligros de estar en plena epidemia de una entidad nosológica: etiquetar todo cuadro parecido dentro de la misma entidad. Por ejemplo, tenemos la historia de un paciente que comienza con un episodio “de vómitos de cuatro días de evolución, sin ningún otro síntoma. Al día siguiente notaron que no cerraba el ojo derecho. No ha notado ninguna otra molestia desde esa fecha”¹¹⁶². Se diagnostica de poliomiелitis (con parálisis facial derecha), aunque no se le aplica diatermia como a los casos estándar de polio.

Por otra parte, no son infrecuentes las descripciones, dentro del cuadro poliomiелítico, de afecciones cutáneas que se detallan con minuciosidad¹¹⁶³.

¹¹⁶⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 7264

¹¹⁶¹ CHCHR.

¹¹⁶² CHCHR. Historia Clínica nº 7428

¹¹⁶³ “En la parte alta del muslo derecho en la porción externa, se ven cinco o seis elementos maculosos de un diámetro aproximado como una moneda de dos céntimos, de color rojo vinoso intenso. Son residuo de una erupción cuyos elementos fueron primero vesiculosos, luego pustulosos y más tarde presentaron costras, que al desaparecer han dejado lo que se ve en la actualidad”.

Se daba una gran importancia a la capacidad de poder deambular, pues resulta obvio que una de las consecuencias más terribles de desarrollar la Polio, era quedarse confinado a una silla de ruedas: “Realiza la bipedestación aunque presenta la marcha ligeramente dificultada”¹¹⁶⁴. Por desgracia, no era infrecuente que se anotase: “Se objetiva tetraplejia flácida con abolición reflejos”¹¹⁶⁵.

2.3.6.8 Las exploraciones complementarias.

Las exploraciones complementarias no son sistemáticas, es más, muchos enfermos poliomielíticos pasan su estancia en el Hospital sin que se les realice ningún tipo de análisis.

En alguna historia queda anotado el estudio de Líquido Cefalorraquídeo: “Se realiza punción lumbar, resultando una presión de diez milímetros de mercurio, y saliendo un líquido de coloración claro y transparente en cantidad de unos ocho centímetros cúbicos”¹¹⁶⁶. El resultado es informado también en la misma historia por el laboratorio¹¹⁶⁷. Es llamativa la relativa ausencia de punciones lumbares en un grupo considerable de enfermos. Quizás la falta de hallazgos significativos, condujo a esta actitud.

La excepción de la escasez de punciones lumbares anotadas en las historias clínicas consultadas, lo constituye el caso de una niña de veinticinco meses, natural de Madrid, que ingresa con cuadro clínico de paraparesia que se extiende con “paresia de músculos de tronco siendo la rigidez de nuca manifiesta con tendencia escasa al opistótonos”¹¹⁶⁸. Se describe con este término una brusca contracción de la musculatura de la espalda que obliga a la paciente a mantener una posición arqueada sobre la cama, con dos puntos de apoyo: la cabeza y los pies.

A esta niña se le realizan tres punciones lumbares. La primera se realiza al día siguiente de su ingreso: “se realiza punción lumbar resultando una presión intrarraquídea de dieciocho al final, aunque no se aprecia bien porque la niña llora mucho. Se extraen unos cinco centímetros cúbicos de líquido claro y transparente”. El resultado del laboratorio es el siguiente: “células 93 por milímetro cúbico; albúmina 0,40 por 1000; curva de lauque: 000121000000”. La clínica se

CHCHR. Historia Clínica nº 7527

¹¹⁶⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 7250

¹¹⁶⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 7259

¹¹⁶⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 5062

¹¹⁶⁷ “Día doce de julio de 1920: células 11 por milímetro cúbico. Pandy y Noncappel, débilmente positivos. Noguelis negativo. Albúmina 0,60 por 1000. Cloruros 4,83 por mil. No se ven bacilos de Koch ni gérmenes. Curva de lauque, 11123332 1000”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5062

¹¹⁶⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 5279

acompaña en los días siguientes de sudoración profusa, dolores generalizados y clínica digestiva (vómitos alimenticios, biliosos, y estreñimiento).

En el cuarto día de ingreso se realiza una nueva punción lumbar, “extrayendo cinco centímetros cúbicos de líquido claro y transparente”.

En el undécimo día de ingreso se repite la punción lumbar, “extrayendo unos doce centímetros cúbicos de un líquido claro y transparente”.

Este caso, con tres punciones lumbares durante su ingreso, acaba mejorando relativamente al alta: “La extremidad inferior izquierda se encuentra casi normal, siendo el reflejo patelar algo aparente. En la extremidad inferior derecha se inicia la posibilidad de elevación del miembro”¹¹⁶⁹.

¿Qué es lo que justifica esta variación de criterio? ¿Por qué se realizan aquí tres punciones lumbares cuando en otros muchos casos no se encuentra anotada ninguna punción lumbar?

Realmente no lo sabemos: Por un lado, puede que la clínica con rigidez de nuca y tendencia al opistótonos ocasional, condujese al facultativo a la realización repetida de punciones lumbares para comprobar las características macroscópicas del líquido cefalorraquídeo (sólo se informa por el laboratorio la primera punción lumbar). Quizás la combinación de fiebre elevada, junto con sudoración y rigidez de nuca, llevaron a pensar en un proceso meningítico bacteriano y no tanto vírico. No obstante, son suposiciones. Aunque quizás, y como ya hemos comentado, lo único que explique esta diferencia sea un distinto criterio clínico.

Lo dicho hasta aquí, corresponde a la primera etapa de la epidemia de Polio de 1928, pero no se puede generalizar. Y esto es así, pues conforme avanza la epidemia en tiempo y con la aparición de nuevos casos, se observa un claro aumento en el número de punciones lumbares realizadas así como un leve aumento del número de análisis de laboratorio (análisis urinario y de sangre). Quizás el caso comentado de la niña con opistótonos, con tres punciones lumbares, es un caso que demuestra la transición entre los criterios de la primera etapa de epidemia, con escasas punciones, y la segunda etapa, donde se generalizó su práctica.

En esa segunda etapa a la que hemos aludido, la punción lumbar suele realizarse en el primero o segundo día de ingreso, interesando al clínico los datos de la presión inicial, la final, la cantidad de muestra obtenida y las características macroscópicas del líquido cefalorraquídeo (es decir, la tonalidad, coloración y transparencia)¹¹⁷⁰.

¹¹⁶⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 5279

¹¹⁷⁰ “Se le hace punción lumbar resultando una presión inicial de 26 y la final no se mide porque la niña no deja de llorar. Se extraen dos centímetros cúbicos de líquido claro y transparente”. CHCHR. Historia Clínica nº 5292

En cuanto, a la descripción del laboratorio, suele ser bastante repetitiva, pues en casi todas las muestras se analizan los mismos parámetros¹¹⁷¹. En ocasiones, también quedaba descrita la reacción de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo.

A veces, la descripción de la técnica, no deja de llamar la atención: “Se le hace punción lumbar y no se puede determinar la tensión porque el niño está llorando, pero el líquido sale a chorro, claro y transparente en cantidad de unos doce centímetros cúbicos”¹¹⁷².

No obstante, a pesar de que aumenta el número de punciones lumbares, no se realizan de modo sistemático a todos los pacientes, ni mucho menos. Volvemos a insistir en que el criterio de realización de punciones lumbares, no nos queda claro, y que quizás dependa del médico que lleve el caso. A veces, parece intuirse que el médico concede un gran valor a la presión de salida del líquido cefalorraquídeo: “se le hace punción lumbar y sale el líquido gota a gota como ayer por lo que se suspende por esta causa”¹¹⁷³. Es como si el médico esperase ver que el líquido iba a salir con una presión elevada, justificando el estado clínico del paciente, y pudiendo aliviarlo de algún modo.

Así, en otras ocasiones, parece que se le concede un cierto valor terapéutico, como es el caso de su realización a un niño gravemente enfermo, casi moribundo, quizás como un intento de alivio en los últimos padecimientos de este enfermito: “Desde ayer, después de la punción lumbar el niño está más tranquilo y no se queja tanto de los dolores en piernas. Esta noche ha dormido bien”¹¹⁷⁴.

En cuanto al análisis de orina y de sangre, tampoco se practican en todos los enfermos de rutina. Sólo lo encontramos en algunos pocos. La analítica de orina incluía: urea, cloruros, Indican, albúmina, glucosa, acetona, ácido diacético, pigmentos biliares, urobilina, sangre, diazoreacción y sedimento.

El análisis de sangre incluía: Leucocitos por milímetro cúbico; hematíes por milímetro cúbico; hemoglobina por 100; granulocitos eosinófilos por 100; linfocitos por 100; monocitos por 100.

En algunos casos a estas mediciones estándar se añaden otras a mano. Así por ejemplo leemos nota adjunta desde laboratorio: “Diagnóstico: poliomielitis. Noveno día de enfermedad.

¹¹⁷¹ “Células 66 por milímetro cúbico. Pandy, Noncappel, Nogueli negativos, Albúmina 0,40 por mil. No se ven bacilos de Koch, Curva de Lauque 122221 000000”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5508

¹¹⁷² CHCHR. Historia Clínica nº 5562

¹¹⁷³ CHCHR. Historia Clínica nº 5292

¹¹⁷⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 6533

Plaquetas 325.000. Leucocitos 9200. Por estar totalmente apirética, consideramos sin interés la valoración del número de plaquetas”¹¹⁷⁵.

Esta anotación nos lleva por una parte a la conclusión de una efectiva colaboración entre laboratorio y médico clínico responsable directo del paciente. Lógico, desde el punto de vista de un hospital pequeño.

Por otra parte, tenemos aquí un dato analítico concreto (en este caso la cifra de plaquetas) con un valor patológico cuando se considera de modo individual, pero dentro del contexto del enfermo (que ya está apirético) no se le da importancia. Es decir, la clínica global del enfermo prevalece sobre el dato concreto y aislado.

En algún enfermo se objetiva también la realización de la bioquímica sanguínea¹¹⁷⁶. No encontramos anotado el motivo de la diferencia existente que consiste en pedir a algunos enfermos analítica de sangre y orina, y para otros, la gran mayoría, no. Quizás, los motivos radicaban fundamentalmente en el médico responsable de la evolución del enfermo. Determinados facultativos eran más proclives a pedir analíticas y otros no.

En las historias revisadas de poliomielitis, se observan varios tipos de letras correspondientes a diferentes médicos. Es decir, la epidemia de polio fue atendida por un grupo de médicos, cuyo criterio a la hora de pedir o no analíticas complementarias variaba de unos a otros.

En cambio, en la segunda etapa de atención de la epidemia de polio, la realización de análisis de orina y sangre, sí se generaliza a la práctica totalidad de los casos.

En cuanto a otro tipo de exploraciones complementarias, su petición dependía del contexto clínico de cada paciente.

Por ejemplo, en un paciente poliomielítico que presenta un cuadro clínico en el que además del cuadro neurológico, predomina la tos, la fiebre y la irritabilidad, se considera justificado recurrir a otro tipo de exploración, como es la radiografía de tórax¹¹⁷⁷. Conservamos el negativo con fecha de 7 de julio de 1.930 (Fig.1).

En la petición de las pruebas y estudios complementarios, a veces lo que primaba eran los hallazgos clínicos de la exploración física. Sin embargo, se daban las excepciones. Así, una petición de radioscopia se realizó sobre un enfermo de polio que no presentaba clínica

¹¹⁷⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 5062

¹¹⁷⁶ “Urea en sangre 0,28; sedimentación 2”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4540

¹¹⁷⁷En la evolución se anota: “Hoy en la auscultación aumenta los roncus y sibilantes”. Motivo justificado, por el que se solicita otra Radiografía de tórax.

CHCHR. Historia Clínica nº 5055

respiratoria. Algo debió sospechar el médico que exploró al paciente, a pesar de la negatividad de los síntomas respiratorios, pues la radioscopia reveló “una sombra prehiliar izquierda, no precisa y de pequeño tamaño”¹¹⁷⁸. Quizás el médico tuvo en cuenta que la paciente había presentado una bronconeumonía hacía meses, y quiso comprobar su resolución desde el punto de vista radiológico.

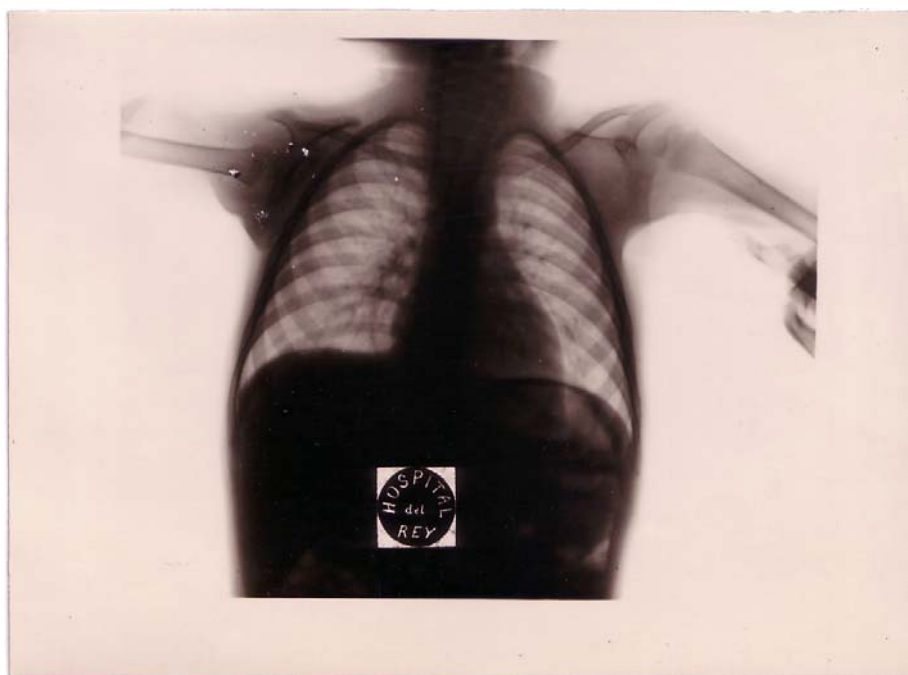


Fig. 1. Radiografía de tórax de un enfermo poliomiéltico del Hospital del Rey en 1930.

En resumen, en la primera etapa de atención de la epidemia de polio se solicitan pocas pruebas complementarias. No existe un criterio muy definido para solicitar hemograma y análisis de orina, o realizar una punción lumbar. Sí se solicitan determinadas exploraciones, como la radiografía de tórax, cuando en el curso de la enfermedad se hacen evidentes los síntomas respiratorios.

Por tanto, durante la epidemia de Polio de 1.928, sobre todo en su primera etapa, predomina en el Hospital del Rey un manejo clínico y descriptivo del paciente, dando una relativa importancia a los elementos analíticos como la punción lumbar y los análisis de sangre y orina, pero concediéndoles escasa relevancia en el conjunto nosológico del paciente poliomiéltico.

¹¹⁷⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 12.778

En los escasos pacientes fallecidos, se indica la realización de autopsia. Es el caso de una autopsia realizada por el Doctor Díez el 2 de Diciembre de 1930¹¹⁷⁹.

Destacan dos observaciones: primero, la autopsia era realizada por el propio clínico que atendía al paciente, de donde se deduce que los clínicos estaban muy implicados en labores de laboratorio. Segundo: en 1930, el número de autopsias realizadas en el Hospital del Rey era de 615, lo que demuestra que no era una práctica infrecuente.

2.3.6.9 La Terapéutica de la poliomielitis.

La práctica clínica de la época.

Para acabar este capítulo dedicado a la infección por polio, dedicamos unos párrafos para saber cuáles eran las líneas de conducta diagnóstica y terapéutica científicamente aceptadas en la época a la que nos hemos referido en nuestro estudio del Hospital del Rey. Para ello nos hemos basado en un Manual de Medicina interna publicado en 1920 bajo la dirección del Doctor Marañón¹¹⁸⁰.

El diagnóstico de la polio es difícil en las formas atípicas, y fácil en las típicas sobre todo cuando en el periodo de estado la parálisis ha hecho ya su aparición. El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con las polineuritis, la pseudo-parálisis sifilítica, la parálisis cerebral infantil y de algunos tipos raros de amiotrofia. En las formas atípicas el diagnóstico sólo puede hacerse con certidumbre teniendo en cuenta las circunstancias de epidemicidad y contagio. La forma meníngea puede confundirse con la meningitis cerebro-espinal.

En adultos el proceso poliomiélico es el mismo que en niños, por lo que no existe ninguna razón para su separación como entidad diferente. Como características peculiares del adulto, se citaban las siguientes: lo intenso y prolongado de los síntomas infecciosos generales, la frecuencia de cuadros clínicos que evolucionan hacia el síndrome de Landry y la frecuencia de casos abortados.

En cuanto al pronóstico, las formas más graves corresponden a las de tipo Landry, la bulbar y cerebral, la meningítica y la fulgurante. En los años 20, la terapéutica mediante seroterapia específica que utilizaba la emulsión de médula de animales inoculados, el suero de

¹¹⁷⁹ Se realiza una somera descripción macroscópica, remitiendo piezas para el estudio histológico:

“Cabeza: No se nota nada anormal en corteza cerebral. Se remite para examen histológico.

Tórax: Pulmones normales salvo adherencias en ambos planos. Corazón normal. Abdomen: Nada anormal.

Médula: Se remite en estado bastante deficiente para examen histológico”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5508

¹¹⁸⁰ HERNANDO, T., MARAÑÓN, G., et al., *Manual de Medicina interna. Tomo III. Enfermedades de las glándulas de secreción interna de la sangre, de la nutrición, infecciosas y parasitarias; avitaminosis, cáncer.* Madrid: Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

los individuos convalecientes y la inyección intrarraquídea de suero normal humano o de caballo, no había dado sino resultados infructuosos. Como medios farmacológicos son recomendables la quinina, el salicilato sódico, los diaforéticos purgantes (camelomanos) y los analgésicos y sedantes. También se empleaban la hexametilamina y la adrenalina. Se preconizaba como elemento que formaba parte de la terapéutica la punción lumbar, aunque realmente sólo estaba realmente indicada en las formas meníngeas. Era importante como en cualquier otra entidad infecto-contagiosa el aislamiento del enfermo junto con la desinfección de la mucosa bucal y nasofaríngea con agua oxigenada, perhidrol, etc., para las personas que hubieran estado en contacto con posibles portadores.

Referente al tratamiento físico se recomendaba su uso una vez pasada la etapa aguda, consistiendo fundamentalmente en amasamiento, gimnasia mecanoterapia y electrización.

El tratamiento quirúrgico se reservaba para las deformaciones residuales cuando no fueron prevenidas ni corregidas con las prácticas fisioterápicas oportunas. En los huesos y articulaciones se practicaban resecciones o bien fijaciones articulares. En los músculos y tendones se llevaban a cabo tenotomías en el pie equino y transplantaciones e injertos tendinosos y musculares.

La práctica clínica en el Hospital del Rey.

La terapéutica utilizada se basaba en el supuesto de que el virus al pasar por una fase hematógena, tenía que dejar constancia en la sangre de elementos inmunitarios, capaces de ser transmitidos con fines curativos a niños que empezaban la enfermedad¹¹⁸¹. Este método había sido utilizado con éxito por Netter en 1911. Se inició el tratamiento con cinco a diez centímetros cúbicos de suero por vía raquídea, pero producía unas reacciones tan intensas que se abandonó esta vía y se empezó a utilizar solamente la vía muscular. Las dosis de suero usadas fueron de veinte a cuarenta centímetros cúbicos diarios durante varios días consecutivos. Como término medio se puede estimar que la cantidad recibida por cada enfermo era de 150-200 centímetros cúbicos. Tanto los tratados con suero solo, como con suero y método de Bordier (combinación de suero de convalecientes con diatermia y electroterapia) no presentaron el menor indicio de acortamiento de la enfermedad.

El tratamiento de la época, tal y como refleja Torres Gost, se basaba en el método Bordier. No obstante, en el Hospital del Rey en las historias consultadas sólo se anota la aplicación de Diatermia, sin que se haga referencia a la electroterapia (¿se suponía conjuntamente a la

¹¹⁸¹ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 31, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

Diatermia, sin necesidad de hacer referencia a ella?). En algunas historias sí se añade la Radioterapia junto con la diatermia.

En cuanto al Suero de convalecientes, el clínico tan solo realiza anotación de su utilización: Tífico de convaleciente¹¹⁸². Pero no sabemos ni la dosis empleada, ni la frecuencia de administración, pues no quedan anotadas. En algunos pacientes procedentes de otros centros se deja constancia del uso de suero de convalecientes: “Elementos urticariformes que aparecen durante la exploración (parece que le han administrado suero de convaleciente en el centro del que procede)”¹¹⁸³.

Es decir, por lo menos en los primeros años de asistencia de la epidemia de poliomielitis, el tratamiento predominante era la aplicación de diatermia, quedando reflejado con menor frecuencia el uso de suero de convalecientes y la radioterapia.

La mayor parte de las anotaciones en la evolución de los enfermos se resume a apuntar el tratamiento administrado y su duración¹¹⁸⁴.

En ocasiones, se especifica más y se puntualiza la parte del cuerpo que tiene que recibir la diatermia: “Diatermia en los dos miembros inferiores, hoy cinco minutos”¹¹⁸⁵. Pero en la mayoría de las Historias, los datos anotados sobre la terapéutica son muy breves.

La razón ya la hemos anotado más arriba: la evolución de la exploración clínica en muchos casos era nula o muy escasa. También existe una tendencia observada a realizar una historia de entrada muy detallada, pero los cursos evolutivos son muy parcos en palabras y acostumbran a ocupar una línea de la hoja de evolución en la mayor parte de las ocasiones.

No obstante hay excepciones: en la evolución del enfermo anotado se objetiva una franca mejoría, o por lo menos así lo refleja el optimismo del médico:

“Durante la marcha, que realiza mucho mejor que a su entrada, arrastra la punta del pie derecho, iniciada por estepage. A la exploración del brazo izquierdo se nota que realiza más movimientos que al principio, aunque continua parésico y con hipotonía muscular. El reflejo patelar es manifiesto, estando abolido a su entrada. Sigue mejorando. El brazo realiza todos los movimientos disminuyendo la forma de garra que tenía en la mano”¹¹⁸⁶.

¹¹⁸² CHCHR. Historia Clínica nº 5246

¹¹⁸³ CHCHR. Historia Clínica nº 12.778

¹¹⁸⁴ “Diatermia: 15 minutos”; “Diatermia 20 minutos”; “Diatermia 25 minutos”; “Diatermia 30 minutos”; “Diatermia 40 minutos”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4540

¹¹⁸⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 5641

¹¹⁸⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 4887

La suspensión de la terapia diatérmica a veces es requerida por la presencia de procesos intercurrentes: “Aparece en región anteroexterna del muslo izquierdo, una infiltración dura con reborde rojiza del tamaño de una mano de niño pequeño. Tratamiento: fomentos calientes y se suspende la diatermia”¹¹⁸⁷.

No es la única vez que se suspende la Diatermia. Se describe un caso de iatrogénica secundaria a este tratamiento. Describiremos el proceso¹¹⁸⁸:

“Se suspende la diatermia (a los dos días se su comienzo) por quemadura. Aparecen unas placas de ectasia venosa en dorso de pie izquierdo. Se comienza terapia con lámpara en zona de quemadura de pie.

La quemadura continúa progresando en su proceso destructivo. Se realiza cura con Líquido de Dakin. Cura con mercurocromo y agua oxigenada.

Hoy se observa que tiene desarticulado el pie.

Se le hace amputación del pie. Supura algo por muñón con olor fétido y tiene algunos puntos desprendidos en la parte inferior del mismo.

Curas de baños de sol. Cicatrización del muñón”.

Asistimos con sorpresa a la rápida evolución de una simple quemadura cutánea hasta la amputación de un pie en aproximadamente un mes. A pesar de la gravedad de la complicación, afortunadamente la situación termina de modo satisfactorio, sin que la vida del paciente corra peligro (no olvidemos que las infecciones supuradas de las extremidades en la era preantibiótica eran muy temidas). En este caso, además de recurrir al remedio inevitable de la cirugía, se aplica una amplia gama de tratamientos alternativos: terapia con lámpara, baños de sol, líquido Dakin, mercurocromo, e incluso indicaciones dietéticas concretas (leche fría, patatas cocidas y puré).

Se deduce que las complicaciones de la diatermia no eran frecuentes, pero sí potencialmente graves.

Otras veces la causa de la suspensión de la diatermia eran técnicas: “No se da onda por retirar el aparato la Casa Siemens”¹¹⁸⁹. Y esto no ocurre de forma aislada: “No se da diatermia por estar estropeado el aparato”¹¹⁹⁰.

¹¹⁸⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 5380

¹¹⁸⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 4348

¹¹⁸⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 12.778

¹¹⁹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 7578

En la gráfica de observaciones clínicas, se anotaban a diario, las curvas de temperatura, pulso y frecuencia respiratoria. También se anotaba en la misma hoja la diuresis diaria, las deposiciones, la Tensión Arterial y el peso corporal.

Sí que se trataban las posibles complicaciones surgidas o procesos intercurrentes durante la estancia de los enfermos, que no tenían relación directa con la enfermedad de base, la Polio. Encontramos varios ejemplos que ilustran esto: “El enfermo se queja de molestias para la deglución. A la exploración se aprecia la amígdala izquierda roja e inflamada. Tratamiento: toque de Glicerina iodada y gargarismo de Borato y mentol”¹¹⁹¹. Es curioso observar que durante el proceso amigdalar se suspende la terapia con Diatermia.

Cuando aparecían los síntomas digestivos, nada infrecuente en una enfermedad como la Polio, se intentaba aplicar tratamiento sintomático. Por ejemplo, si predominaba el estreñimiento, se aplicaban enemas. Si sobreviene la diarrea se pone “tratamiento con Albulactol nº 3, una toma cada tres horas”. Cuando se nota mejoría, “al Albulactol, se le nivela con leche”. En un enfermo con dolor de estómago y prurito anal, se prescribe “purga con Aceite de Ricino”¹¹⁹². En otras ocasiones, se añade Subnitrato de Bismuto 0.25 centigramos, cuatro sellos al día. Esto último para una paciente con “diarrea con deposiciones con moco y estrías sanguinolientas”¹¹⁹³.

Dentro del tratamiento también se consideraba la ración alimenticia, que habitualmente era la denominada ordinaria. De hecho la hoja se titulaba “Hoja de alimentación y medicación”. Dentro del curso de la historia de algún paciente, todavía se conserva minuciosamente anotado el desglose de la ración alimenticia, considerada como ración ordinaria (que podía variar en función de las necesidades o padecimientos del paciente)¹¹⁹⁴:

“El desayuno constaba de café y pan, (300g). Se servía a las 8,00 am.

A las 12,00 se comenzaba el almuerzo, en una cantidad de 300g para cada plato. Constaba de sopa de primero, seguida de cocido o arroz o patatas con carne, variando según el día, como segundo plato. Todos los días, como tercer plato, se servía pescado en una cantidad de 100 g. Para acabar postre y pan.

A las 15,00 horas un vaso de lecha de 300g.

¹¹⁹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 4540

-“Por las noches tose mucho, teniendo febrícula casi diaria. Se añade tratamiento con jarabe de benzoato, una cucharada cada cuatro horas”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4940

-“Aparece extendida por todo el cuerpo una erupción que le pica mucho. Se le aplica tratamiento con Mitigal fraccionado”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5089

¹¹⁹² CHCHR. Historia Clínica nº 4887

¹¹⁹³ CHCHR. Historia Clínica nº 7174

¹¹⁹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 4550

A las 18,00 horas, se servía la cena, que constaba de los siguientes platos: Sopa (300 g), verdura (300 g) filete (100g) y pan y postre. El menú de la cena era el mismo todos los días. Solo en alguna ocasión especial, el filete se cambiaba por tortilla y la sopa por puré. Por último, el día se cerraba a las 21,00 h con un vaso de leche (300g)". Fig. 2.

MOD. 23

HOSPITAL DEL REY

HOJA DE ALIMENTACIÓN Y MEDICACIÓN

Historia núm. _____ del enfermo Angel Moreno Ernesto Giménez, Huertas, 10 y 18. - Madrid. 7. Depto

FECHA	HORA		ALIMENTOS	CANTIDAD	MEDICACIÓN	DOSIS	VÍA	OBSERVACIONES
	M.	T.						
Día 3 Junio	12		Puré de carne	300 gr				
	11		postre	100 "				
	"		pan y postre	"				
	3		Postre	300 "				
	4		Puré	" "				
	11		verdura	" "				
	11		filete	100 "				
	11		pan y postre	"				
	9		Postre	300 "				
" 4	8		" "	" "	Diatermia			
	12		Puré	" "				
	11		carrito	" "				
	"		postre	100 "				
	"		pan y postre	"				
	3		Postre	300 "				
	4		Puré	" "				
	11		verdura	" "				
	11		filete	100 "				
" 5	11		pan y postre	"				
	9		Postre	300 "				
	8		" "	" "	Diatermia			
	12		Puré	" "				
	11		gallina asada	" "				
	"		postre	100 "				
	"		pan y postre	"				
	3		Postre	300 "				
	4		Puré	" "				
" 6	11		verdura	" "				
	"		filete	100 "				
	"		pan y postre	"				
	9		Postre	300 "				
	8		" "	" "	Diatermia			
	12		Puré	" "				

Fig. 2. Hoja diaria de alimentación y medicación de un enfermo poliomielítico del Hospital del Rey.

De este pequeño resumen destaca la variedad alimenticia servida, teniendo en cuenta la época. El enfermo tenía acceso todos los días a pan (Hidratos de carbono), proteínas de origen cárnico y de pescado, productos lácteos (leche), fibra (fruta y verdura), así como féculas (puré de patata y arroz). Quizá esta variedad no se puede mantener unos años más tarde cuando el país está en plena Guerra civil, siendo la distribución de alimentos muy deficiente en la zona Republicana donde queda ubicado el Hospital.

De la variedad alimenticia, aunque algo repetitiva día a día, se deduce la importancia que el facultativo daba a la dieta como factor primordial en la recuperación del enfermo. Esto también lo apoya el hecho de que la dieta diaria está copiada en muchas ocasiones por la misma letra del médico en la Historia, hecho totalmente inusual en la actualidad.

La evolución de muchos enfermitos de poliomielitis hacia las deformidades y contracturas era la norma en la primera epidemia de poliomielitis. En muchos casos, la única aportación médica era la descripción de la progresiva aparición de las deformidades: “persiste la parálisis flácida de miembros inferiores, ambos tienen tendencia al equino sobre todo el izquierdo, que además está en varus”¹¹⁹⁵.

No obstante, en algunas historias consultadas, aparece el esbozo de lo que años más tarde, será la rehabilitación y fisioterapia dirigida a la corrección de las deformidades articulares y de extremidades. Así, en algunos niños se aplicaban vendajes que juntaban ambas piernas.

Como excepción a lo dicho en cuanto a la práctica inexistencia de lucha contra las deformidades, se comprueba algún atisbo de impedir las deformidades secundarias al proceso poliomielítico. Así en el año 1.932, se da el alta a un niño, al que “se le pone un vendaje escayolado”.

Llama la atención la anotación de terapias por parte de los facultativos, transparentándose a veces un cierto escepticismo con respecto a los medios terapéuticos utilizados:

¹¹⁹⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 7526

“Después del alta, el paciente comenzó baños de sol, sin regla, ni regularidad, tomándolos por la tarde, unas veces en el tronco y otras en todo el cuerpo. El tiempo variaba de dos a cuatro horas. No notó ninguna mejoría. Comenzó a hacer gimnasia igualmente sin método, pero persistentemente”¹¹⁹⁶.

A pesar del escepticismo, el médico deja bien anotado que el enfermo no ha seguido una pauta concreta, estando ahí probablemente la causa de la ineficacia. A pesar de ello, el escepticismo de los médicos tenía que estar ahí: ¿cómo ser optimista ante unos resultados terapéuticos tan escasos? La única respuesta era seguir trabajando para intentar buscar unos resultados más esperanzadores. Toda esta labor médica desarrollada durante la primera epidemia de Polio no cayó en saco roto: fue muy aprovechada durante la segunda epidemia de la década de los cincuenta.

En las historias clínicas consultadas se encuentran otras terapias anotadas y no directamente relacionadas con la Polio: “Caries de cuarto grado en los primeros molares con gingivitis tártrica y glositis: tratamiento toques en encías con Glicerina yodada y cepillado con Perborato. Extracción del primer molar”¹¹⁹⁷.

A un enfermo con poliomielitis, que presentó intensa dificultad para micción, se le trató por parte de su médico, con “Euquinina, Lactiol y Urotropina”¹¹⁹⁸, con escasa mejoría de la sintomatología. No olvidemos que la polio, afectando médula espinal, provoca con frecuencia alteración de esfínteres.

En la última etapa de la primera epidemia de polio, hacia 1.936 se anotan algunos medicamentos no usados hasta el momento, por lo menos de los que tengamos constancia. Leemos un caso de un paciente de seis años que ingresa con signos de especial gravedad: “Paciente que ingresa con mal estado general y contractura general en extensión de extremidades, aunque sin fiebre”¹¹⁹⁹.

En la exploración del sistema nervioso se objetiva:

¹¹⁹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 5641

¹¹⁹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 5641

-“Aqueja dolor de vientre: lavado rectal con agua y aceite 100g. Se añade tratamiento con Taxol, dos comprimidos por la noche, al no mejorar”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5641

-“Continuar con Aceite de Parafina dos cucharaditas por la noche hasta mejorar”.

CHCHR. Historia Clínica nº 5641

¹¹⁹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 7528

¹¹⁹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 12.156

“una motilidad dificultada en extremidades inferiores con hipertonía en extensión. Una hipersensibilidad al dolor, (aunque dado el grado de estupor no se puede explorar bien). En cuanto a los reflejos, el patelar está aumentado con formación de clonus. Los cremastéricos están presentes, el Keruaig no, y el Babinski sí. Existe un clonus marcado de tibia, con reflejos de Gordón y sucedáneos positivos. Reflejos en la superficie aumentados. Presencia de cefalea marcada. Somnolencia marcada”¹²⁰⁰.

Dada la gravedad del paciente, se decide realizar punción lumbar de entrada, “siendo la presión inicial del líquido cefalorraquídeo de 35 milímetros, y la presión final de 28 milímetros”. Quizás sea la gravedad del cuadro descrita la que justifique la aparición en la historia clínica de nuevos tratamientos: “Como tratamiento: Cardiazol ½ ampolla por la noche. Régimen con verdura, fruta y pan”.

No parece que la mejoría clínica del paciente en los siguientes días sea muy evidente. Más bien parecen surgir algunas complicaciones: “La rigidez de nuca está más pronunciada; tiene en algunos momentos dificultad para la micción”¹²⁰¹. Posteriormente, se apunta: “lleva veinticuatro horas sin orinar, con molestias vesicales al intentar la micción”. A las veinticuatro horas el paciente orina espontáneamente, “suspendiéndose el Cardiazol e iniciándose tratamiento habitual con onda ultracorta, aunque con menor duración de lo habitual, añadiéndose tratamiento con Aceite de hígado de Bacalao”¹²⁰².

La evolución del paciente es buena anotándose al alta: “Todos los movimientos son normales, únicamente existiendo muy discreta disminución de tono y reflejo de pierna derecha”.

En definitiva y como resumen, en la primera epidemia de poliomiелitis apreciamos una gran monotonía en cuanto al tratamiento aportado al paciente, siendo fundamental la aplicación de diatermia diaria. Los procesos intercurrentes, que no tenían nada que ver con la Polio eran tratados de manera similar a la que aparece en otras enfermedades infecciosas atendidas en el Hospital.

Lamentablemente, las secuelas en forma de parálisis del proceso poliomiелítico sobrevenían invariablemente. La rehabilitación y las maniobras encaminadas a evitar las deformidades articulares apenas se conocían.

¹²⁰⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 12.156

¹²⁰¹ CHCHR. Historia Clínica nº 12.156

¹²⁰² CHCHR. Historia Clínica nº 12.156

Lo que sí destaca, es un conocimiento clínico, que evoluciona y se perfecciona a lo largo de la epidemia, de los signos y síntomas del enfermo agudo. Hemos apuntado las brillantes descripciones clínicas, que rayan en la minuciosidad a la hora de explorar el sistema nervioso.

Seguramente, todos los esfuerzos por comprender y descubrir esta primera epidemia de Polio, permitieron que la segunda epidemia no cogiese por sorpresa a los profesionales sanitarios, desarrollando de forma rápida un eficaz sistema de atención de la enfermedad, que culminó con la creación del Servicio Nacional de poliomielitis en el pabellón III.

Por último, merece la pena destacar que la epidemia de polio de 1.928, es la primera epidemia de gran envergadura atendida en el recién inaugurado Hospital del Rey. Sus jóvenes médicos están bien preparados con una formación teórica envidiable y con una orientación hacia los conocimientos de laboratorio poco comunes en aquella época. Ahora bien, les falta experiencia en la práctica clínica, algo que no se les puede achacar, pues sólo se consigue con años de ejercicio profesional. Este grupo de médicos tendrá que hacer frente a sucesivas epidemias en las siguientes décadas, pero es con la epidemia de polio donde experimentan por primera vez lo que significa trabajar en un Hospital de enfermedades infecciosas como el Hospital del Rey. Los resultados con la polio no fueron muy esperanzadores, pero sin duda este grupo de médicos estaban orgullosos de poder participar en un centro sanitario que sin duda se convertiría en el centro de referencia nacional de enfermedades infecciosas.

A la vista de estas pautas de conducta diagnósticas y terapéuticas consideradas como científicamente aceptables durante la época que corresponde al estudio del Hospital del Rey, podemos concluir que los profesionales de dicha Institución no solo se adecuaron correctamente al pensamiento científico de aquellos años, sino que en muchos casos se adelantaron innovando conceptos en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas.

2.3.7 FIEBRE TIFOIDEA.

2.3.7.1 Introducción.

La fiebre tifoidea está causada por el patógeno *Salmonella Typhi*, y menos frecuentemente por *Salmonella Paratyphi*¹²⁰³. Constituyendo un ejemplo único entre las especies de *Salmonellas*, *S. Typhi* se ha adaptado de forma específica al ser humano. Para ello, posee una envoltura protectora llamada el antígeno de virulencia (Vi)¹²⁰⁴.

De ahí se deduce que el reservorio de *S. Typhi* sólo puede ser el propio hombre, paciente o portador. El contagio es consecuencia de la eliminación de gérmenes con las excretas (heces y orina) del enfermo. El medio más habitual de contagio indirecto es el agua cuando se contamina con las heces y orina de enfermos o portadores (aguas residuales)¹²⁰⁵.

El control sanitario de la fiebre tifoidea se basa por tanto en la adecuada separación entre las aguas residuales y el agua destinada para la bebida. La otra posible fuente de infección lo constituye la contaminación de alimentos a través de la inadecuada manipulación de personas infectadas o portadores. Por este motivo, desde el comienzo del siglo XX la fiebre tifoidea es una enfermedad característica de los países en desarrollo, siendo su incidencia global de aproximadamente 15 millones de casos cada año¹²⁰⁶.

Históricamente, Hipócrates describió un caso que coincide plenamente con los signos y síntomas de la fiebre tifoidea. Caesar Augustus fue curado de un proceso similar mediante el uso de baños fríos¹²⁰⁷.

En el siglo XVII, el médico inglés Thomas Willis describió los síntomas, signos y el curso clínico de una entidad que denominó Fiebre Maligna Pútrida, que correspondía con la fiebre tifoidea. En 1830, después de una época de confusión de términos, el médico americano William Gerhard estableció la fiebre tifoidea como una entidad completamente independiente del Tifus (es decir, las enfermedades causadas por bacterias de la familia *Rickettsia*). En 1840, el inglés

¹²⁰³ BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 970, 2.001.

¹²⁰⁴ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1071, 1.993.

¹²⁰⁵ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 16, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹²⁰⁶ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1073, 1.993.

¹²⁰⁷ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1075, 1.993.

William Budd demostró la transmisión de la enfermedad desde personas infectadas a sanos a través de agua y alimentos¹²⁰⁸.

Más adelante, Carl Eberth y Edwin Klebs, investigadores alemanes, descubren en ganglios linfáticos intestinales el agente causal en 1.880, denominándose Eberthella Typhosa¹²⁰⁹. Cuatro años después el bacilo es aislado por Gaffki¹²¹⁰. Chantemesse y Widal son los científicos que preparan por primera vez la vacuna antitífica con gérmenes muertos en 1887, con lo que comienza la profilaxis específica, aunque se aplica de forma muy escasa. En 1896, Grüber y Widal describen la reacción de aglutinación para el diagnóstico de la enfermedad¹²¹¹.

A pesar de los rápidos avances en el diagnóstico y laboratorio, las medidas terapéuticas contra la fiebre tifoidea seguían siendo mínimas. De esta forma, en la Guerra de Cuba en 1898 entre España y Estados Unidos, se produjo una mortalidad de aproximadamente una quinta parte del ejército estadounidense por fiebre tifoidea¹²¹².

En 1910, Koch describe por primera vez la hipótesis de la existencia de portadores crónicos, aunque debido a la carencia de evidencia científica no es bien aceptado entre los médicos de la época. En 1933, Eberthella Tiphosa se convierte en Salmonella Typhi, debido a la unión de una familia de bacterias descritas con anterioridad por E. Salmon¹²¹³.

En cuanto a la clínica de la enfermedad, después de un periodo de incubación de diez días de media, las manifestaciones incluyen cefalea, malestar, astenia, anorexia, alteración de la conciencia y fiebre (con una duración de cuatro a ocho semanas). Los hallazgos en la exploración física incluyen la aparición de roseola (máculas eritematosas de dos a cuatro milímetros en la parte superior del abdomen), bradicardia relativa y hepato-esplenomegalia. Entre las complicaciones más frecuentes se incluyen: perforación intestinal e infección localizada en otros sistemas (meningitis, hepatitis, colecistitis, nefritis, miocarditis, neumonía, parotiditis, orquitis, etc.)¹²¹⁴.

¹²⁰⁸ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1075, 1.993.

¹²⁰⁹ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1075, 1.993.

¹²¹⁰ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 15, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹²¹¹ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 15, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹²¹² KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1075, 1.993.

¹²¹³ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1076, 1.993.

¹²¹⁴ BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, Pág. 970, 2.001.

Constituye una característica distintiva de la fiebre tifoidea la existencia de un gran número de portadores asintomáticos, es decir personas que secretan la bacteria pero no presentan ningún signo de enfermedad. Esto evidentemente constituye un gran peligro sanitario. La conversión en portador crónico ocurre en un 3-5% y la recurrencia del proceso se puede dar hasta en un 20%. En estas personas el bacilo tiene una preferencia por colonizar el tracto biliar¹²¹⁵.

El diagnóstico se basa en el aislamiento del organismo en sangre (con una positividad del 90% en la primera semana) o en heces (con una positividad del 75% en la tercera semana). El test serológico de Widal es menos fiable¹²¹⁶. El tratamiento actual se basa en el Cloramfenicol, descubierto en 1948. Sin embargo, desde 1970 se han descrito cepas del bacilo resistentes a este antibiótico en México y Vietnam¹²¹⁷. Además, el uso de antibióticos resulta completamente insuficiente, mientras existan países en desarrollo sin los adecuados medios sanitarios que garanticen un adecuado uso del agua, y disminuyan el número de portadores.

2.3.7.2 La fiebre tifoidea en España y en el Hospital del Rey.

Comenzando por la presencia de la fiebre tifoidea en España, podemos decir que esta enfermedad permite juzgar el desarrollo y la preocupación sanitaria de una nación. Su desarrollo sólo puede explicarse por defectos básicos en los abastecimientos de agua potable, depuración de excrementos, basuras y aguas negras. En Madrid, el número de Pozos negros no era inferior a los 4.000, con redes de alcantarillado de muy escasos kilómetros. En 1.874, se inauguró el Canal de Isabel II, con lo que mejoró algo el abastecimiento de agua. Antes existían los cuatro viajes de aguas freáticas, con peligro de contaminación desde los pozos negros. Para esta enfermedad, la mortalidad en diez años es 70.000 casos, lo que permite sospechar una morbilidad no menor a 1.000.000 de enfermos¹²¹⁸.

¹²¹⁵ KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1072, 1.993.

¹²¹⁶ En 1.896, Fernand Widal descubrió que los enfermos con fiebre tifoidea desarrollaban Anticuerpos contra la pared celular (antígeno O) y contra los flagelos (antígeno H). Desde entonces la determinación del test de Widal en sangre es algo habitual.

KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1074, 1.993.

¹²¹⁷ Otros posibles tratamientos lo constituyen antibióticos como Ampicilina o Trimetoprim-Sufametoxazol.

KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1074, 1.993.

¹²¹⁸ En el segundo decenio, hay epidemias en Gijón (1.910), Madrid (1.912), y Barcelona (1.914). En Madrid, la Tifoidea es endémica. Habitualmente por el riesgo de huertas con aguas negras vertidas al Manzanares, aunque la de 1.912 parece tener alguna relación con una partida de ostras. La Real Orden de 1.913 recomienda la vacunación elaborada por el Rey Alfonso XIII, pero es necesario que pasen 3 años para que el Real Consejo de Sanidad se pronuncie a favor.

RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, Pág. 244-245, 1.969.

Cuando en 1.908, se presentó una epidemia Tífica en Madrid, se establecieron barracones en el Hospital de San Juan de Dios, atendiéndose con grandes deficiencias a los numerosos atacados. Los Doctores Bejarano y Alonso Sañudo, que desempeñaban los cargos de Inspectores Generales de Sanidad, pasaron horas de gran preocupación ante la indefensión hospitalaria de la capital de España frente al problema infeccioso¹²¹⁹.

En el Hospital de Rey¹²²⁰ el número de hospitalizados se incrementa progresivamente desde el año 1.925 hasta 1.935, debido posiblemente a que los enfermos empezaron a decidir que era mejor ir al Hospital en vez de ser atendidos en su domicilio (Desde cincuenta a cien enfermos al año hasta una cifra aproximada de trescientos al año). Después de la guerra Civil, el número se mantiene alrededor de los 400 casos hasta el año 1.959, con un brote epidémico fuerte en 1.945 que los elevó hasta 853. A partir de 1.960, disminuyen como consecuencia de la utilización de Cloromicetina.

En cuanto a la letalidad¹²²¹, desde 1.925, hasta la aparición de los antibióticos la letalidad se situó en un 20% aproximadamente. Desde 1.949 hasta 1.954 se produce un descenso bajando hasta una letalidad del 5%. Y desde 1.971, quedó reducida al 1%.

Como apunta Torres Gost¹²²², los años previos a la inauguración del Hospital del Rey (1.923 y 1.924), formaron parte de una época epidemiológicamente sucia. En este ambiente, no era raro que se difundiera de una manera preferente la fiebre tifoidea y que las enfermedades tíficas adquirieran carácter dominante. Los gobernantes pensaron con acierto en un centro especial para la asistencia de la tifoidea.

Por aquel entonces, “las endemias corrientes en España como la fiebre tifoidea, sarampión, erisipela, y otras enfermedades eran asistidas en las salas que tenía el Doctor Marañón en el Hospital Provincial”¹²²³.

Las familias de la clase media española se quejaban asimismo de no tener dónde enviar a los enfermos, sirvientes jóvenes, llegadas del pueblo, que pronto contraían una enfermedad febril:

¹²¹⁹ ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, Pág. 178-181, 1.952.

¹²²⁰ SAENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 21, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹²²¹ SAENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 24, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹²²² TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 13, 1.975.

¹²²³ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 14, 1.975.

“La fiebre tifoidea se contagia como es sabido, fundamentalmente por las heces fecales. Pocas eran las ocasiones en que entraba la tifoidea en una casa y no fuera más que uno el que enfermara, casi siempre se producía alguna víctima de la misma enfermedad”¹²²⁴.

Quizá de lo anotado hasta aquí, se deduce que en el momento en que comienza la andadura el Hospital del Rey, la fiebre tifoidea tenía carácter de endemia, con exacerbaciones epidémicas de forma periódica. Las proporciones de un evento sanitario como el que referimos, constituye por sí solo una sobrada justificación para la construcción de una institución como el Hospital del Rey.

Una vez ya en funcionamiento el Hospital, en la primavera de 1.925, “se llenaba de enfermos de fiebre tifoidea”. Esta enfermedad se cebaba, sobre todo “en chicas que venían a Madrid a probar futuro en el servicio doméstico, siendo las más afectadas”¹²²⁵.

Como tratamiento, se comenzó a utilizar, en la primera época del funcionamiento del Hospital del Rey la balneoterapia. En esta terapia estaban sumamente interesados tanto el Director del Hospital, Tapia, como el Jefe clínico del mismo, Zarco. La técnica aplicada era la siguiente:

“se traía al enfermo febricitante a la bañera, que contenía el agua a unos 35° C, y en cuanto el enfermo estaba dentro se soltaba lentamente el agua fría, al llegar ésta a los 27-28°, el enfermo tenía un escalofrío. Entonces se le daban unos sorbitos de coñac, y el enfermo, repuesto del escalofrío, era conducido de nuevo a su cama”¹²²⁶.

No obstante, los resultados no fueron muy esperanzadores, pues como describe Torres Gost, “después del baño, se pudo demostrar que la piel se enfriaba un poco, el tiempo que tardaba en volver a equilibrarse la temperatura interna con la externa. Al cuarto de hora, la situación volvía a la base”¹²²⁷. Al final, se decidió prescindir de la balneoterapia, para iniciar la terapia antitérmica con Piramidón.

¹²²⁴ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 15, 1.975.

¹²²⁵ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 31, 1.975.

¹²²⁶ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 32, 1.975.

¹²²⁷ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 32, 1.975.

Habría que esperar al año 1.945, para que llegaran antibióticos como la Penicilina o el Cloranfenicol, para que la fiebre tifoidea fuera tratada de una forma adecuada, evitándose defunciones y complicaciones.

En el estudio que se realiza a través de la sala en las historias clínicas del Hospital del Rey, abarcaremos justo hasta la aparición de la era antibiótica. Nos proponemos destacar aquellos aspectos más significativos de la epidemia de fiebre tifoidea atendida por los médicos y resto de profesionales del Hospital del Rey. Como ya se ha comentado en otras enfermedades, no se trata aquí de realizar un estudio estadístico de la labor médica desarrollada en el Hospital del Rey. Nuestro interés se centra más bien en la descripción de aquellos aspectos más relevantes desde el punto de vista histórico que tuvieron lugar durante la atención de dicha epidemia-epidemia.

Ya hemos destacado que junto con la tuberculosis, la fiebre tifoidea fue una de las principales enfermedades en cuanto a número de enfermos atendidos en los primeros años del Hospital del Rey.

Como detalle anecdótico podemos reflejar que durante el conflicto de la Guerra Civil, “la gravedad de los enfermos afectados de fiebre tifoidea procedentes de los Frentes, era extrema. La mayoría morían a poco de entrar en el Hospital”¹²²⁸. Se comprobó la asociación de esta gravedad con intensas lesiones oculares, descritas por el Doctor Gonzalo Crespí, oftalmólogo de la Institución. “Resultaron ser casos de queratomalacia, en íntima relación con la falta de Vitamina A en la alimentación”¹²²⁹. Añadiendo aporte de Aceite de Hígado de Bacalao, la mortalidad de los enfermos de fiebre tifoidea, durante el conflicto Nacional cambió radicalmente.

2.3.7.3 Datos de Filiación de los pacientes.

En los primeros años de atención de la fiebre tifoidea, es decir en 1.925 y siguientes, los enfermos tíficos se ingresaban predominantemente en el pabellón I.

La mayoría de los casos correspondían a mujeres de edad joven (primer-segundo decenio de vida), dedicándose una gran parte al trabajo de sirvientas. No obstante, se puede comprobar la existencia de historiales clínicos pertenecientes a pacientes en edad infantil¹²³⁰.

La duración de los ingresos en la primera etapa del Hospital se prolongaba entre un mes, y mes y medio. Lógicamente, existían excepciones, dependiendo del curso clínico del paciente.

En cuanto al origen, un porcentaje elevado de enfermos de fiebre tifoidea, eran de provincias diferentes a Madrid, aunque residentes en la capital. Esto no tiene gran significación,

¹²²⁸ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 90, 1.975.

¹²²⁹ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 90, 1.975.

pues queda justificado por razones laborales: muchachas jóvenes que acudían a Madrid desde su lugar de origen para entrar a servir en tareas domésticas.

En ocasiones el clínico ponía hincapié en determinadas profesiones¹²³¹, como si constituyeran un especial riesgo social¹²³².

2.3.7.4 Información epidemiológica y antecedentes patológicos.

En comparación con otras enfermedades, en la fiebre tifoidea comprobamos que la anotación de antecedentes patológicos se hace de modo más reducido.

En esto pueden influir dos razones: por un lado, muchos enfermos venían con un estado confusional marcado, asociado al cuadro tífico, por lo cual la anamnesis de procesos patológicos pasados era a veces bastante difícil. Se lee de forma frecuente que dichos antecedentes, “no se pueden tomar”¹²³³. Por otro lado, la juventud predominante de estos enfermos justificaba la ausencia relativa de antecedentes patológicos; se anota en repetidas ocasiones: “siempre sana”¹²³⁴.

Sí era corriente anotar los procesos infecciosos propios de la infancia: sarampión, tos ferina, etc. En algún caso, haber padecido la gripe del dieciocho¹²³⁵.

A veces algún proceso, probablemente atendido por el médico del pueblo, y no siempre bien explicado o recordado: “Dice que en su pueblo ha padecido de una posible enfermedad de la vejiga de la orina, que parece ser una cistitis”¹²³⁶.

Otras veces, quedaban reflejados por un competente médico de guardia los antecedentes y el tratamiento incluido: “Lúes o sífilis (chancro único) tratada con Neo, sin que el paciente se capaz de precisar el tiempo de aparición”¹²³⁷.

En la información epidemiológica, se pone bastante atención en la alimentación, ingesta de leche y origen del agua ingerida. “Vive con sus tíos, comiendo y durmiendo en su compañía, reuniéndose en la casa siete personas. Hay agua en todos los cuartos. No tomaba leche cruda. Sí, verduras y frutas de modo ocasiona”¹²³⁸.

¹²³⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 192, 2246

¹²³¹ “Dependiente tabernero”.

CHCHR. Historia Clínica nº 202

¹²³² “Trabaja como cocinera”.

CHCHR. Historia Clínica nº 200

¹²³³ CHCHR. Historia Clínica nº 2311

¹²³⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 13.165

¹²³⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 195

¹²³⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 2209

¹²³⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 6888

¹²³⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 202

Lógicamente, se ponía especial interés en dejar anotado el domicilio del paciente, pues de este modo era preciso identificar posibles fuentes y portadores¹²³⁹.

También se intenta objetivar el recorrido topográfico del paciente desde el comienzo de los síntomas¹²⁴⁰.

Como ya hemos comentado, la fiebre tifoidea afectaba generalmente a más de un miembro de una misma familia¹²⁴¹, lo que provocaba ingresos compartidos¹²⁴².

El interés sanitario de la época por la epidemiología queda reflejado en la presencia de un documento de la Dirección General de Sanidad en el que se recogen de forma exhaustiva datos sobre el caso detectado¹²⁴³.

Se anotaba el nombre del enfermo, edad, dirección actual; otras posibles direcciones durante el último mes, fecha de aparición de los síntomas, vacunación contra la fiebre tifoidea, número de personas que viven en el domicilio (especificando sus edades), aparición de otros casos en el domicilio y en las proximidades, recién llegados al domicilio del enfermo en los últimos dos meses (incluyendo sirvientes e indicando su procedencia), relación del enfermo con algún caso seguro o sospechoso de fiebre tifoidea, dedicación profesional del enfermo (indicando lugar y dirección profesional), estancia del enfermo fuera de Madrid en el mes precedente al comienzo de la enfermedad, clase de agua usada como bebida, toma de leche, indicando modo y origen del consumo, toma de frutas o vegetales sin cocer, visita a algún restaurante en los treinta días precedentes a la enfermedad, indicando las condiciones del retrete. Y también: Análisis practicados durante su estancia en el Hospital, indicando reacción de Widal y hemocultivos.

El cuestionario acababa con la siguiente nota:

“Una vez llena esta hoja epidemiológica, tenga la bondad de remitirla al Jefe de la Brigada Sanitaria Central, Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII (Moncloa). El envío de

¹²³⁹ “Domicilio habitual calle del Pez, nº 19, hace quince días se encuentra en este domicilio, come y duerme en él; son doce en la casa, muy fuertes, consumo de leche siempre cocida”.

CHCHR. Historia Clínica nº 286

¹²⁴⁰ “Hace unos veintiséis días vino de Barcelona, donde estuvo en casa de sus tíos. Plaza de Camploneros. Beben agua de Lozoya y de Santillana, pues hay en la casa fuente de los dos sitios”.

CHCHR. Historia Clínica nº 286

- “Consumo de leche de Canillejas siempre cocida”.

CHCHR. Historia Clínica nº 292

- “El agua consumida era de la fuente pública. Tomaban leche cruda del pueblo”.

CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹²⁴¹ “En la misma casa, una sobrina suya hospitalizada en este centro hace ocho días”.

CHCHR. Historia Clínica nº 30.833

¹²⁴² “Ingresa con otra hermana afecta de la misma enfermedad”.

CHCHR. Historia Clínica nº 21.431

¹²⁴³ CHCHR. Historia Clínica nº 2346

esta hoja, no elude al médico de la declaración del caso al Subdelegado de Medicina del Distrito correspondiente”¹²⁴⁴.

Además de ser un documento del que se deduce la preocupación por parte de la clase política de la existencia de un número creciente de casos de fiebre tifoidea, se aportan detalles históricos del Madrid de la época: había que indicar si el agua consumida era “de Lozoya, Santillana, Viajes Antiguos, pozo, etc.”¹²⁴⁵, deduciéndose que éstas eran las posibilidades de consumo de agua del Madrid de la época.

Por otra parte la conclusión es evidente: la presencia de estas hojas en el interior de las historias clínicas consultadas, indica que por lo menos en algunos casos no fue remitida al Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, independientemente de que el caso fuese declarado al subdelegado de Medicina (figuras 1 y 2).

¹²⁴⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 2346

¹²⁴⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 2346

Dirección general de Sanidad

Estudio epidemiológico de fiebre tifoidea.

Caso número _____

Clasificación _____

Nombre del enfermo *Manuel Alvarado Alvarado*
Dirección actual *Dulceira n. 14* Distrito *Chamberí*
De un mes a la fecha en que empezó la enfermedad ¿habitó en otra dirección? *no*
Tiempo de residencia en *de Madrid*

Fecha en que el enfermo sintió los primeros síntomas *23-8-27*

¿Ha sido vacunado contra la fiebre tifoidea? *no* ¿cuándo?

Total de personas en la familia o viviendo juntas } adultos (mayores de 16 años) *2*
niños *4*

¿Alguno de ellos padeció fiebre tifoidea? *no* ¿Cuándo?

Casos anteriores en la misma casa (diferentes pisos) o en las proximidades *si su hermana*
Gloria Alvarado

(De ser posible, dar nombres y dirección.)

Recién llegados a la casa de dos meses a esta parte (incluyendo sirvientes) *no*

Procedencia _____ ¿Tuvieron fiebre tifoidea?

¿Ha tenido relación el enfermo con algún caso seguro o sospechoso de fiebre tifoidea? *no*

(Tener en cuenta vecinos, sirvientes, compañeros de trabajo, de colegio, etc.)

¿A qué se dedica? _____ ¿en qué sitio ejerce su profesión?

¿Ha estado ausente de Madrid en el mes precedente al comienzo de la enfermedad?

(Indicar si es posible, sitios y fechas.)

AGUA

¿Qué clase de agua es usada como bebida? *fuentes pública de Lozoya*
¿Ocasionalmente toma otra? (Colegio, taller, oficina) *-*

(Indicar si de Lozoya, Santillana, viajes antiguos, pozo, etc.)

ALIMENTOS

¿Bebe leche? *si* ¿en qué forma? *hervida*
(¿Hervida? ¿Cruda?)
¿De qué sitio? *Lo mismo*
¿Toma frutas o vegetales en cocer? *si*
¿Comió en algún restaurant, en los 30 días precedentes a la fecha en que enfermó?
Condiciones del retrete *Muy malas*

(Indicar número, si es W. C., etc.)

Notas

(Indicar algún otro dato, que a juicio del médico, pueda tener interés epidemiológico.)

_____ Firma del médico,

ANÁLISIS PRACTICADOS

Reacción de Widal. . Resultado _____ fecha en que se practicó _____

Hemocultivo. Resultado _____ fecha en que se practicó _____

Una vez llena esta hoja epidemiológica, tenga la bondad de remitirla al Jefe de la Brigada Sanitaria Central, Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII (Moncloa).

El envío de esta hoja, no elude al médico de la declaración del caso al Subdelegado de Medicina del Distrito correspondiente.

Fig. 1 y 2. Cuestionario epidemiológico de la Dirección General de Sanidad correspondiente a enfermos de fiebre tifoidea del Hospital del Rey. Año 1927.

Disponemos ejemplos que ilustran las reticencias por parte de la población, o al menos un sector de la misma, para ingresar en el Hospital. Es el caso de un muchacho de 21 años, natural de Sevilla, dibujante de profesión, que falleció a las 24 horas de su llegada al Hospital. Leemos la historia relatada por sus familiares:

“Desde hace unos veinte días presenta anorexia, estreñimiento, molestias abdominales, malestar e insomnio. Así ha permanecido hasta hace doce días, cuando se tuvo que meter en cama con mareos y fiebre de 39° C todo el día. Delirante casi continuamente desde entonces, con predominio de la excitación”¹²⁴⁶.

Sorprende, en comparación con la época actual, la permanencia en el propio domicilio de un joven de 21 años con un cuadro delirante, con excitación y fiebre elevada casi quince días sin que se recurra a ningún centro sanitario. Este hecho traduce la mentalidad de aquellos años, con sus recelos y prejuicios propios hacia el Hospital. Es necesario que pasen décadas de educación sanitaria, para que la cultura de aceptación del médico hospitalario fuera impregnando la sociedad.

Desgraciadamente, el citado no es un ejemplo aislado o sacado de contexto. Jaime, varón de diez años, diagnosticado de fiebre tifoidea, permaneció en domicilio “con fiebre intensa, continua, acompañado de cuadro estupuroso y delirio”¹²⁴⁷, durante trece días. A su llegada a urgencias, la fiebre era de 40° C.

Como veremos en el capítulo correspondiente al tifus exantemático, éste fue un proceso muy temido en el Madrid de la posguerra tras la aparición de un brote epidémico que ya detallaremos.

Ya hemos comentado en otras enfermedades el temor que causaba en los médicos del Hospital del Rey los posibles errores a la hora de clasificar un enfermo. Mezclar enfermos de tifus exantemático, por ejemplo, con fiebre tifoidea suponía un peligro de transmisión cruzada para un enfermo que en principio venía al Hospital con el objetivo primordial de ser curado.

¹²⁴⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 13.215

¹²⁴⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 13.219

La aparición del brote de tifus exantemático después de la Guerra obliga a las autoridades sanitarias y a los médicos del Hospital del Rey a realizar una especial vigilancia sanitaria de los enfermos que ingresaban, para evitar el temido contagio y transmisión intrahospitalaria.

Así queda reflejado en la siguiente anotación del médico de guardia: “Pienso en una fiebre tifoidea, por la historia y exploración, pero dado el exantema lo mando al cuarto de aislamiento”¹²⁴⁸.

Conforme pasan los años, y sobre todo a partir de 1939, observamos en las historias clínicas un mayor número de pacientes vacunados contra la viruela y paratífus A y B, lógicamente, esto refleja un incremento proporcional de la vacunación en la población general.

La propia vacuna antitífica era administrada a determinados enfermos durante su ingreso hospitalario. Esta vacuna no estaba exenta de efectos secundarios, como en el caso de la paciente que desarrolló: “intenso escalofrío, tras la aplicación de la vacuna, con castañear de dientes, cianosis en labios y uñas, e intenso temblor que dificulta auscultación cardíaca”¹²⁴⁹.

2.3.7.5 Descripción de la enfermedad actual. La Exploración física y la evolución de los pacientes.

Las descripciones clínicas del proceso tífico se van adaptando al modelo de Historia clínica utilizado.

Haciendo un pequeño paréntesis y como ya hemos comentado en otras ocasiones, los primeros modelos utilizados tenían un excesiva sencillez, pues contenían los apartados básicos de ubicación, fecha de ingreso, diagnóstico, filiación, información epidemiológica, investigaciones de laboratorio y medidas de profilaxis adoptadas.

El apartado de Historia clínica, no estaba subdividido por aparatos, lo que llevaba a una frecuente mezcla de la enfermedad actual, con la exploración física y la hoja de Diario Clínico.

Enseguida se desecha este primer modelo de Historia clínica, añadiéndose la exploración por aparatos y separándose del relato de la enfermedad actual. A partir de ahí, se van modificando los modelos de historia clínica, distinguiéndose fundamentalmente por la progresiva introducción de un mayor complejidad de la exploración física por aparatos.

Sin embargo, en ocasiones, los síntomas padecidos por el enfermo en los días previos a su llegada al hospital no podrán reflejarse por la extrema gravedad de la situación: “Mujer de unos

¹²⁴⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 21.427

¹²⁴⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 30.833

treinta años, que no contesta a ninguna pregunta, relajada, en decúbito completamente pasiva”¹²⁵⁰.

En otras muchas ocasiones, sí se podía dejar anotado el relato del enfermo: “llevaba nueve días enferma. Empezó el proceso con dolor de cabeza, anginas, postración y algún escalofrío. Perdió por completo el apetito y tuvo algunos vómitos, con posterior aparición de la diarrea que fue al principio verde y luego amarillenta”¹²⁵¹.

A veces, se anota el traslado a petición de otro médico: “Le sube apreciablemente la temperatura, y su médico decide enviarla a este Hospital”¹²⁵².

Por la anamnesis realizada al paciente se identifica algunas de las costumbres de la época: “se purgó varios días con Agua de Carabaña, haciéndole efecto abundante”¹²⁵³. Otros pacientes se purgaban, al notar los primeros síntomas de molestias abdominales con “Calomelanos varias veces al día”¹²⁵⁴.

En alguno de los relatos, se objetiva cómo el paciente lucha por no caer enfermo:

“Hace dos o tres meses que no se encuentra bien. Perdió el apetito, al parecer náuseas y vómitos. Pocos días después le aparecen fuertes dolores en fosa iliaca derecha. Este cuadro le duró unas horas aproximadamente. Después de esto, es cuando se empieza a sentir realmente enferma y tiene que guardar cama. Dos o tres días antes ya estaba bastante mal pero resistía. Cuando trabajaba y fregaba se le iba la cabeza con pérdida completa de la fuerza. Jaqueca intensa. Cuando ya no pudo resistir más se metió en la cama notando un intenso escalofrío, alcanzando una temperatura de 40° C. Las deposiciones son amarillentas y de muy mal olor. Los dos últimos días comenzó con sangrado por la nariz”¹²⁵⁵.

Lógicamente, estos retrasos en la petición de asistencia médica, supondrían una posible propagación de la enfermedad en el ámbito doméstico. Probablemente, el que la enferma continúe trabajando ya enferma traduce el miedo de la empleada, pues reconocer su padecimiento, casi con seguridad, supondría la pérdida del empleo.

Además de los síntomas clásicos de intensa astenia y cefalea, junto con náuseas y anorexia, los pacientes podían presentar estreñimiento inicial y diarrea después, o al revés, es decir diarrea seguida de estreñimiento. Así, podemos leer: “Ha tenido muchas náuseas sin vómitos,

¹²⁵⁰ CHCHR.

¹²⁵¹ CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹²⁵² CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹²⁵³ CHCHR. Historia Clínica nº 202

¹²⁵⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 200

estreñimiento al principio, últimamente diarrea”¹²⁵⁶. En otro caso: “perdió por completo el apetito, con aparición de vómitos y diarrea desde el principio”¹²⁵⁷. Otras veces: “no ha tenido estreñimiento ni diarrea”¹²⁵⁸.

En la exploración clínica, el médico de guardia que recibe al paciente intenta objetivar la existencia o no del estado tífico. Podemos leer el apunte clínico de un enfermo de fiebre tifoidea:

“Enfermo bastante demacrado; los labios y orificios nasales cubiertos de costras secas. La lengua saburral y seca. La saburra es amarillenta, respetando punta y bordes de la lengua que presentan coloración rojiza. En el tronco se observan numerosas máculas de roseola entre tórax y vientre. La respiración es acelerada. Taquicardia cardiaca, presencia de algunos estertores roncus diseminados sobre todo en plano posterior y anterior derecho. Abdomen ligeramente timpanizado y abombado, dolor y gorgoteo en fosa iliaca derecha. Dolor epigástrico. Hay delirio nocturno acompañado de disminución de la audición. El pulso es dícroto y frecuente”¹²⁵⁹.

Un aspecto en el que se ponía especial atención era la presencia o no de roseola¹²⁶⁰.

El médico dudaba en determinados ocasiones: “Hay unas manchitas en abdomen que no parecen roseolas”¹²⁶¹.

Una gran parte de los pacientes presentaban, a su llegada al Hospital, “estado de estupor marcado”, que se acompañaba ocasionalmente de intensa agitación o más frecuentemente de “evidente quietud en decúbito pasivo”¹²⁶².

Esto unido a la sordera, dificultaba el interrogatorio en ausencia de familiares: “Estupor y estado tífico bastante intensos. Tendencia a estar completamente quieto. Sordera importante, teniendo la necesidad de hablarle alto para que entienda”¹²⁶³.

En pocas historias se refleja la presencia de familiares acompañando al enfermo. El hecho de trabajar como sirvienta, implicaba estar lejos del lugar de origen y por tanto de los familiares. No obstante, este hecho también puede traducir un cierto respeto psicológico al contagio de la

¹²⁵⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 286

¹²⁵⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 2239

¹²⁵⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹²⁵⁸ CHCHR.

¹²⁵⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹²⁶⁰ “En la cara anterior del abdomen, cinco o seis roseolas típicas”.

CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹²⁶¹ CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹²⁶² CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹²⁶³ CHCHR. Historia Clínica nº 2252

enfermedad, por la proximidad al paciente. El hecho de acompañar al enfermo al Hospital suponía evidentemente un contacto y por tanto un posible contagio.

No olvidemos que el Hospital fue diseñado arquitectónicamente para impedir dicho contacto físico entre familiares y enfermos. Las galerías externas de los Pabellones cumplían esta misión permitiendo a los familiares ver a sus enfermos a través de los cristales, sin entrar en contacto físico con ellos.

Desgraciadamente, los cuadros graves se presentaban con intensa afectación general desde su llegada al Hospital. La exploración inicial de una enferma que falleció a las pocas horas de su llegada, así lo refleja:

“Mujer de unos 30 años, que no contesta a ninguna pregunta. Relajada en decúbito completamente pasivo, tiene los ojos abiertos y como espantados en ciertos momentos. Tiene dos decúbitos en las nalgas. Estado general muy malo. Se ven numerosas roseolas palidecidas, saca la lengua con mucha dificultad y tiene temblor fibrilar. Bronquitis difusa en ambos pulmones. Auscultación de tonos muy rápidos con presencia de ritmo embriocárdico”¹²⁶⁴.

En cuanto a la exploración del sistema nervioso central de esta misma enferma,

“estado tífico intenso y profundo. Hace todas las necesidades en la cama. Presencia de Kernig, sin rigidez de nuca. Tiene movimientos desordenados en extremidades, especialmente en brazos (carfología) la enferma aparece con excitabilidad muy semejante a la de los enfermos de tipo exantemático”¹²⁶⁵.

Llama la atención, la ausencia de la capilaroscopia (exploración que describimos más adelante) en la nota de entrada al Hospital. Probablemente era una exploración que era realizada por clínicos más expertos, en los días siguientes a la llegada del enfermo.

El médico de guardia, a lo mejor, tampoco disponía de mucho tiempo para emplear en cada paciente, limitándose a realizar la exploración general del paciente, y emitir un diagnóstico de presunción que permitiese clasificar al paciente en una entidad clínica.

¹²⁶⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 2311

¹²⁶⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 2311

La capilaroscopia era una técnica sencilla, usada con frecuencia en la fiebre tifoidea. En esta técnica, se apuntaba el patrón observado: “se ven bastantes capilares dilatados con tendencia a la formación de redes: el fondo es más rojo que normalmente”¹²⁶⁶, patrón descrito en caso de gravedad.

En otro caso leemos: “La imagen capilaroscópica muestra numerosas venillas con todos sus caracteres de irregularidad de contornos, ramificaciones y dicotomías. Estas venillas se ven a simple vista. No se ven capilares”¹²⁶⁷, correspondiente a una enferma con buen pronóstico. Era frecuente repetir la exploración de la capilaroscopia durante la estancia del enfermo, incluso a determinadas horas del día¹²⁶⁸.

Por lo tanto, se deduce, que la capilaroscopia es una exploración a la que se le da una relativa importancia, al menos durante la primera época de fiebre tifoidea, en el Hospital del Rey. Quizás se intentaba objetivar el estado vasomotor mediante esta técnica. Al estado vasomotor siempre le prestaba gran atención: “Reacción vasomotora buena, aunque algo perezosa”¹²⁶⁹. Es decir, comenzamos a observar una atención del clínico que se dirige hacia el estado general del paciente (existencia o no de estupor), pero que también va dirigida hacia detalles concretos como la capilaroscopia o el estado vasomotor del enfermo: “Cuadro de intensísima intoxicación con marcados signos de insuficiencia circulatoria periférica”¹²⁷⁰.

En el caso clínico del diario del enfermo, se anota la evolución del proceso principal del enfermo, así como la aparición de complicaciones colaterales: “Descubrimos una escara por decúbito en columna lumbar que explica la agitación y malestar del día anterior. Se observa la iniciación de otra a nivel de espina iliaca antero-superior derecha”¹²⁷¹. Posteriormente, se apunta su evolución: “la escara se ha desprendido y sangra ligeramente. Ha desaparecido por completo el cerco rojo inflamatorio que existió. Empieza a granular”¹²⁷².

Afortunadamente, los cuadros clínicos clasificados como fiebre tifoidea desde urgencias, desarrollaban en los días siguientes a su ingreso una expresión clínica completa, facilitando y asegurando el diagnóstico inicial: “Aparición de cuatro manchas muy veras de roseola dispuestas simétricamente en el plano anterior del tórax. Aparición de roseolas, con tenue tinte ajamonado”¹²⁷³.

¹²⁶⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 2311

¹²⁶⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 2239

¹²⁶⁸ “Por la noche se ven algunos capilares dilatados escasos entre venillas. El fondo es uniforme”. CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹²⁶⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 13.165

¹²⁷⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 13.215

¹²⁷¹ CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹²⁷² CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹²⁷³ CHCHR. Historia Clínica nº 286

Sin embargo, los errores del médico de guardia, a veces son también comprensibles: “las manchitas apuntadas como roseolas ayer, no son tales”¹²⁷⁴. Estas correcciones por parte del médico de la Sala, probablemente tendrían un carácter didáctico y formativo para el médico joven que atendió al enfermo durante la guardia del día anterior. Por lo tanto desde los inicios del Hospital del Rey se pueden atisbar aspectos docentes.

En el diario clínico, se anotaba la progresiva mejoría del paciente: “Han desaparecido o están muy pálidas la mayor parte de las roseolas”¹²⁷⁵. Y en otro paciente: “La sordera ha remitido algo. La temperatura, como si hubiera hecho crisis, desciende a 36° C. Ya contesta a algunas preguntas y su estado general es muy satisfactorio”¹²⁷⁶.

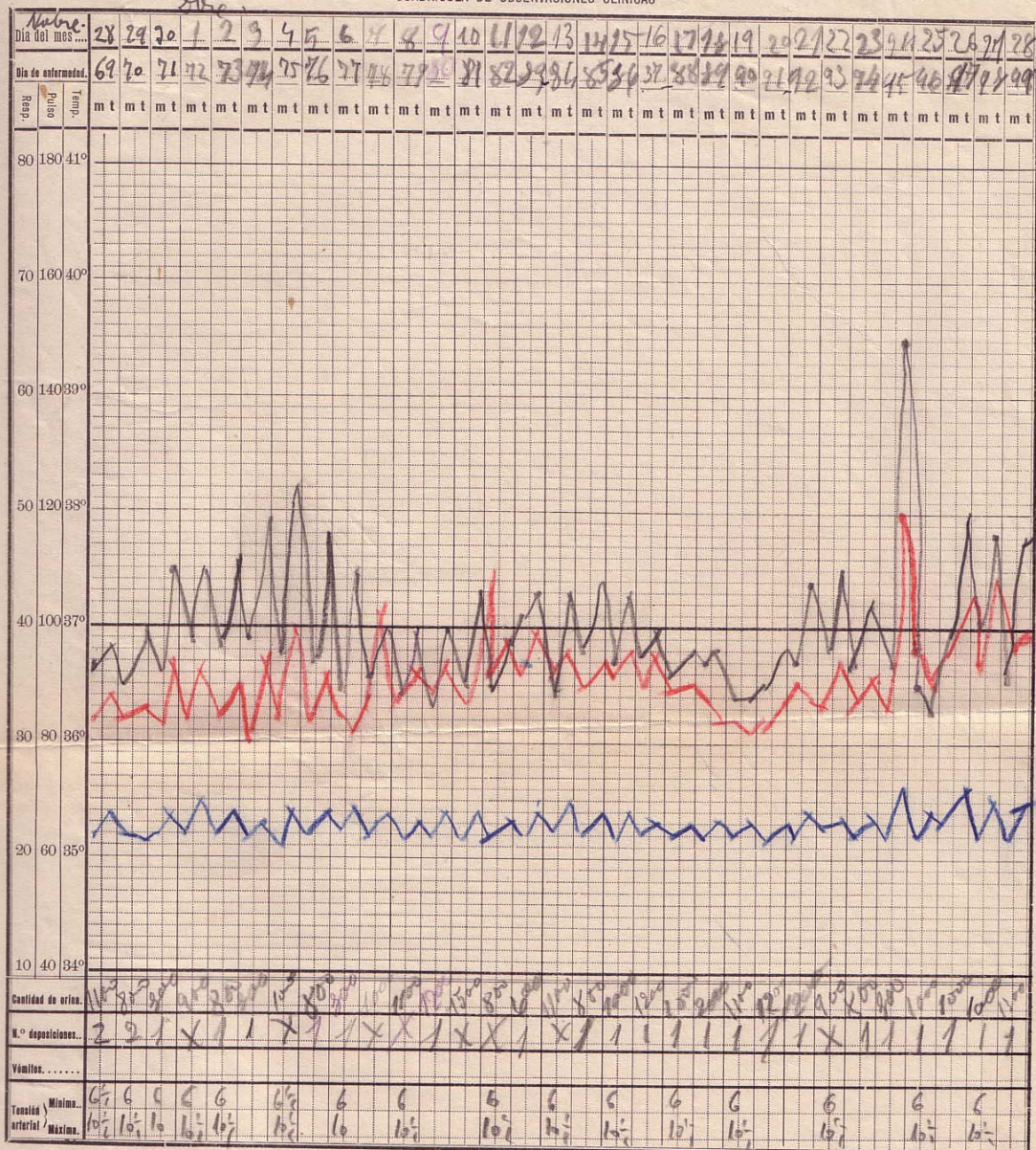
Observamos un progresivo alargamiento del diario clínico, con aumento en la longitud y complejidad de las notas clínicas conforme van pasando los años desde la inauguración del Hospital. Esto coincide, con el dato ya referido, de la aparición de un modelo de Historia clínica compuesto por múltiples apartados y subdivisiones. Uno de los apartados más importantes era la gráfica de constantes clínicas, pues permitía al clínico de un vistazo captar el resumen de las constantes del paciente durante las veinticuatro últimas horas. El formato de la hoja de constantes clínicas sufrió ligeras variaciones a lo largo de la historia del Hospital (figura 3 y 4).

¹²⁷⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 2209

¹²⁷⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 2209

¹²⁷⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 191

Nombre V. I. 1 Hospital del Rey Fecha de ingreso 27-10-27
 Pabellón 1 Piso 2º Sala 8 CUADRÍCULA DE OBSERVACIONES CLÍNICAS
 Cama núm. 5 860 Tiempo de enfermedad al ingresar 6 días



OBSERVACIONES

Imp. de E. Giménez, Huertas, 16 y 18, Madrid

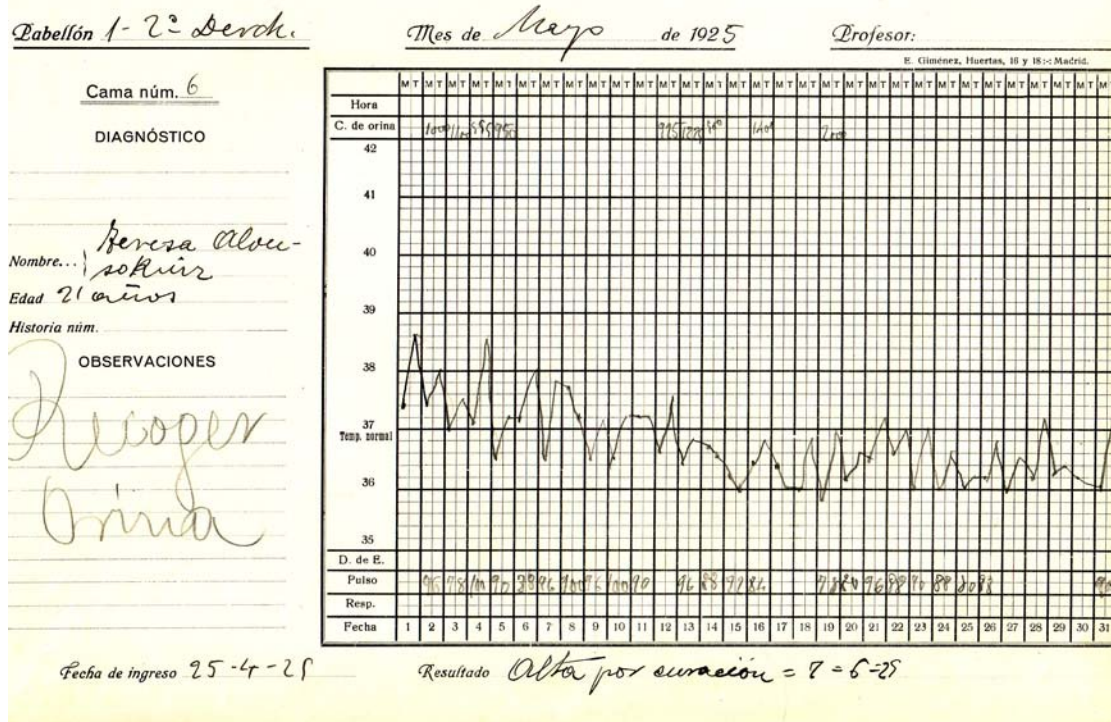


Fig. 3 y 4. Distintos formatos de anotación de constantes clínicas del Hospital del Rey correspondiente a enfermos de fiebre tifoidea. Años 1027 y 1925.

A la hora de describir el estado clínico del paciente se ponía especial atención en los siguientes parámetros: estado febril, funcionalismo cardíaco (incluyendo características del pulso y tonos cardíacos), exploración física de región abdominal, y por último la presencia de síntomas compatibles con el delirio o agitación psicomotriz. Así podemos leer:

“El estado general se mantiene lo mismo que ayer, tal vez con una ligera mejoría coincidiendo con un descenso térmico. El pulso está dentro de la normalidad, aunque blando, los tonos cardíacos más puros que los días anteriores. El vientre está blando y sin timpanismo, aunque sigue con deposiciones amarillas blandas. Estupor bastante intenso, pasa la noche con agitación y delirio”¹²⁷⁷.

1277 CHCHR, Historia Clínica nº 2291

También se atendía con especial interés a la exploración de la lengua: “lengua algo humedecida, descamando la saburra parda de días anteriores”¹²⁷⁸. Se comprueba en ocasiones la existencia de enantema o afectación de mucosas: “Faringe y paladar membranosos con un enrojecimiento difuso que semeja un enantema punteado”¹²⁷⁹. A veces se empleaban descripciones excesivamente gráficas:

“El abdomen de esta enferma es un abdomen muy flácido, de mujer que ha tenido muchos embarazos. Las asas intestinales hacen prominencia a través de la superficie cutánea lo que da el aspecto de abdomen en saco de patatas”¹²⁸⁰.

Evidentemente, en algunos enfermos ingresados por fiebre tifoidea, surgían durante su estancia hospitalaria procesos intercurrentes que poco o nada tenían que con la fiebre tifoidea. Es el caso de una enferma que desarrolló una bronconeumonía en el curso de una fiebre tifoidea: “En plano anterior torácico se auscultan abundantes roncus y sibilantes que corresponden a una intensa bronquitis. En la base derecha hay una zona en el que la percusión es muy densa, oyéndose un foco de crepitantes finos”¹²⁸¹. Lo mismo podemos decir de otro paciente que sufrió:

“una intensa erupción de sudamina en forma de vesículas grandes duras que contienen un líquido ligeramente turbio. Las vesículas son grandes por confluencia de elementos más pequeños. En el cuello, estos elementos han desecado y producían descamación abundante”¹²⁸².

De esto se deduce que el clínico tenía que estar familiarizado con el paradigma clínico del proceso de fiebre tifoidea. Esto, por un lado, ayuda al diagnóstico casi inmediato de los enfermos por la conjunción de los síntomas y signos clínicos. Pero, además, se identificaban determinados procesos intercurrentes que no pertenecían a la fiebre tifoidea, y sin embargo coincidían en el

¹²⁷⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹²⁷⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹²⁸⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 2239

¹²⁸¹ CHCHR. Historia Clínica nº 2252

¹²⁸² CHCHR.

tiempo. La separación de los signos clínicos como pertenecientes a cuadros diferentes sólo era posible gracias a la pericia clínica y experiencia del médico.

Esto tenía gran importancia en la atención de enfermos infecciosos de la época, pues aunque no era una práctica del Hospital del Rey, en otras instituciones sí que se mezclaban enfermos con diversas patologías infecciosas en la misma sala. Esto provocaba invariablemente el contagio de patologías, con la posible coexistencia de diversos cuadros infecciosos en un mismo enfermo.

En ocasiones, se puede comprobar el seguimiento diario del paciente, con una buena observación de la aparición de nuevos signos clínicos: “En punta y zona meso-cardíaca aparece un soplo sistólico que en la punta es más bien un arrastre”. Dos días más tarde, en la historia del mismo paciente se apunta: “el soplo no se percibe claramente y desaparece poco a poco”. Y a los pocos días: “se vuelve a percibir el soplo sistólico en punta”¹²⁸³. Es decir, el clínico está atento a la aparición de un signo clínico, y no sólo anota su comienzo, sino que se produce un seguimiento en el tiempo.

Era el médico de guardia a quien correspondía, en ocasiones, hacerse cargo de la evolución de un paciente cuando se producía un agravamiento repentino. Esto ocurría durante las horas de la noche en las que lógicamente no podía estar el médico directamente responsable del enfermo. En la historia perteneciente a un estudiante procedente de Lugo de 28 años, se lee la anotación a los dos días de su estancia en el Hospital: “las primeras horas de la noche las ha pasado muy agitado. Las pupilas permanecen midriáticas, reaccionando ligeramente a la luz. Anisocoria. Se ha acentuado la rigidez de nuca. Signo de Kernig muy manifiesto y algo doloroso”¹²⁸⁴. Nada hacía presagiar una buena evolución, después de esta nota clínica escrita unas horas antes del desenlace mortal. En otra ocasión, leemos:

“A la una de la madrugada aparece disnea intensa, con abundante expectoración espumosa: en la exploración aparecen ambos pulmones llenos de estertores húmedos de gruesas burbujas. Se realiza una sangría de 200 centímetros cúbicos, falleciendo el paciente a los pocos minutos”¹²⁸⁵.

Continuando con los signos clínicos que más frecuentemente quedaban anotados en la Historia Clínica cuadro, podemos hacer referencia a cuadros de mucositis en el contexto de

¹²⁸³ CHCHR. Historia Clínica nº 2230

¹²⁸⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 4366

¹²⁸⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 6888

fiebre tifoidea. No eran muy frecuentes, pero sí dolorosos y con entidad suficiente como para ser reflejados en el diario clínico del paciente: “Existen numerosas ulceraciones. Una en cada pilar anterior, otra en úvula, otra en pilar anterior, izquierdo y otra última en paladar membranoso”¹²⁸⁶. Se denominan úlceras de Duguet o de Bouneret.

Nos llama la atención la falta de tratamiento de este tipo de mucositis oral, aunque quizás los enjuagues orales se realizaban y no se reflejaron en el diario clínico al no considerarse tratamiento propiamente dicho, en comparación con la administración de comprimidos, sellos o inyecciones.

Las formas clásicas con predominio de la agitación eran muy aparentes y constituían una importante causa de preocupación para el clínico de un hospital de infecciosas, quizás no muy familiarizado con cuadros psiquiátricos:

“La enferma se encuentra muy agitada y en ocasiones pretende tirarse de la cama. En resumen tiene un delirio con tendencia onírica. El estado general empeora cada vez más. Está con un temblor generalizado, bastante agitada, la faz cianótica y los ojos congestionados”¹²⁸⁷.

Afortunadamente, estos cuadros de agitación desaparecían radicalmente en el curso de la enfermedad con la mejoría de la misma. Sin embargo, en otros casos eran señal inequívoca de una evolución fatal del cuadro.

Conforme pasan los años, observamos una mayor concisión y rigor científico en la descripción clínica del cuadro tífico, detallando con precisión los síntomas guía que llevan a la sospecha del diagnóstico: “cefalalgia elevada, insomnio, anorexia, enterorragia, sin epistaxis, pero con polaquiuria manifiesta”¹²⁸⁸.

Es evidente que la fiebre tifoidea, fue uno de los procesos, más habituales de los atendidos en el Hospital del Rey, y por lo tanto, los médicos llegaron a estar muy familiarizados con su reconocimiento y descripción clínica. A diferencia de las epidemias puntuales, como la viruela, el hecho de que la fiebre tifoidea se mantuviese en el tiempo, permitió a los clínicos desarrollar un alto grado de conocimiento de la misma.

¹²⁸⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 7212

¹²⁸⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 2312

2.3.7.6 Las exploraciones complementarias.

Desde los primeros casos de fiebre tifoidea atendidos en el Hospital del Rey, se comprueba la realización de hemocultivos y coprocultivos, por parte de los facultativos responsables.

Así se puede leer lo registrado en una historia clínica: “El día de ingreso se hizo un hemocultivo, con resultado positivo, aislándose el Bacilo de Eberth que es aglutinando en medio específico hasta dilución 2/300”¹²⁸⁹. Nueve días más tarde, en la misma historia, se anota: “Se aísla el bacilo de Eberth en heces”¹²⁹⁰.

En los primeros meses de funcionamiento del Hospital, no constan impresos de laboratorio, por lo que los datos objetivados, eran directamente apuntados directamente en el diario clínico del paciente (Figura 5).

¹²⁸⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 30.831

¹²⁸⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 200

¹²⁹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 200

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

Observación número _____
Enfermo _____
Pabellón 1 piso 2^a cama 10

ANÁLISIS DE Hues

Siembra en placas de Drigalsky negativa

Observaciones _____

Chamartín, 30 de Julio de 1925

Fig. 5. Hoja de petición de análisis de un enfermo de fiebre tifoidea en el año 1925.

Leemos en otro ejemplo: “El día veintiséis de Abril de 1.925, se realizó examen de sangre al paciente con el siguiente resultado: Leucocitos 4500; Polinucleares 71; Linfocitos 20; Monocitos 9; Eosinófilos 0”¹²⁹¹.

¹²⁹¹ CHCHR. Historia Clínica n° 195

Pronto aparecen los primeros impresos del laboratorio de análisis del Hospital del Rey. En el caso de la fiebre tifoidea, los empezamos a ver en las Historias realizadas en Agosto de 1.925.

El análisis de orina aparece de forma repetitiva en la estancia de un mismo enfermo durante su ingreso en el Hospital. Los primeros análisis de orina quedan anotados a mano en un impreso común para todas las analíticas de laboratorio y son mucho más simples que los practicados años más tarde. Constan de los siguientes parámetros: “Densidad: 1020; color: amarillo; Reacción: ácida fuerte; Cloruros: 9.89; Fosfatos: 0.85; Urea 17.99; Albúmina: no; Glucosa: no; Pigmentos: no; Sedimento: leucocitos y gran número de gérmenes”¹²⁹². Es un ejemplo de un paciente ingresado en Agosto de 1.925 (figuras 6 y 7).

¹²⁹² CHCHR. Historia Clínica nº 286

ANÁLISIS DE

orina

Color -	Amarillo claro
Densidad	1006
Reacción	debilmente ácida
Cloruro	4.10 grs
Yodato	0.50 grs.
Urea	8.68 grs.
Pigmento albumina glucosa	} No tiene
Sedimento.	
Leucocitos y gran número de gérmenes móviles.	

Observaciones _____

Chamartín, 4 de 7 de 1925

ANÁLISIS DE

Orina

Densidad	1020
Color	amarillo
Reacción	ácida fuerte
Cloruros	9.89
Fosfatos	0.85
Urea	17.99
Albumina	No
Glucosa	No
Pigmentos	No
Sedimento	Leucocitos y granos de fémur

Observaciones

Chamartín, 5 de VIII de 1925

5

Fig. 6 y 7. Peticiones de análisis de orina correspondientes al año 1925 en enfermos de fiebre tifoidea.

A veces se anotaban, igualmente manuscritos, observaciones consideradas importantes por el personal encargado de laboratorio: “Esta orina presenta una gran cantidad de moco”¹²⁹³.

¹²⁹³ CHCHR. Historia Clínica n° 292

Incluso en el sedimento, se anota la presencia “abundantísima presencia de estreptococos y diplococos”¹²⁹⁴.

Pronto, los análisis de orina se hacen mucho más numerosos y complejos. En Agosto de 1927, el laboratorio de Análisis ya emplea un modelo estándar (no compartido para otros análisis) del examen de orina, que se subdivide en dos apartados: análisis de orina y sedimento de orina. En dicho modelo se hacen constar los siguientes parámetros:

“Cantidad, densidad, color, olor, aspecto, reacción, depósito macroscópico, materias fijas minerales y orgánicas, Urea, cloruros, fosfatos, Ácido Úrico; Indican, Albúmina, Glucosa, Acetona, pigmentos biliares, sales biliares, Urobilina, sangre; Reacción de Meritzs-Weiss, Diazo-reacción de Erlich; y por último, un examen microscópico con la pertinente investigación bacteriológica”¹²⁹⁵ (figura 8).

¹²⁹⁴ CHCHR. Historia Clínica n° 292

¹²⁹⁵ CHCHR. Historia Clínica n° 2209

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL HOSPITAL DEL REY

**LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY**

OBSERVACIÓN N.º 1

ENFERMO: Facinda Calvo

Pabellón 1.º Piso 2.º Sala Núm. 10 de 29

Cantidad <u>1011</u>	ANÁLISIS DE ORINA	Albumina <u>de 1 a 2</u>
Densidad <u>1011</u>		Glucosa <u>no</u>
Color <u>ambarino</u>		Acetona <u>no</u>
Olor <u>no</u>		Ácido diacético <u>no</u>
Aspecto <u>torcido</u>		Pigmentos biliares <u>no</u>
Reacción <u>no</u>		Sales biliares <u>no</u>
Dp. macroscópico <u>abundante</u>		Urobilina <u>no</u>
Materias fijas { Minerales <u> </u> Orgánicas <u> </u>	SEDIMENTO	Sangre <u> </u>
Urea <u>1419</u>		Reacción de Meritz-Weiss <u>negativa</u>
Cloruros <u>2,31</u>	Examen microscópico <u> </u>	Diazo-reacción de Erlich <u>negativa</u>
Fosfatos <u> </u>	Investigación bacteriológica <u> </u>	
Ácido úrico <u> </u>		
Indican <u>negativa</u>		

2,1 x 2,7

Enormes leucocitos celulares
epiteliales, cristales de urato y
son bacterias y algunos trofozoitos
de células granulosas

Fig. 8. Petición de análisis de orina correspondiente a 1927, en un enfermo de fiebre tifoidea.

En los enfermos de fiebre tifoidea se atendía con especial atención a la presencia de albuminuria, urobilunuria y cilindros de tipo granuloso. La descripción microscópica de la orina era detallada en cada petición: “Abundantes leucocitos, células epiteliales, cristales de urato y presencia de bacterias”¹²⁹⁶. A veces, se detalla de forma muy gráfica: “Se observan abundantes glóbulos de pus”¹²⁹⁷. Llama la atención el número creciente de análisis de orina, llegando a realizarse hasta tres veces por semana, en cada paciente.

El examen hematológico sufre un proceso casi idéntico al examen de orina: progresivo perfeccionamiento de los exámenes realizados, que se reflejan en una progresiva complejidad de

¹²⁹⁶ CHCHR. Historia Clínica n.º 2209

¹²⁹⁷ CHCHR. Historia Clínica n.º 2291

los modelos de laboratorio utilizados; y también un aumento en el número y repetición de los análisis practicados en un paciente.

En agosto de 1925, empiezan a aparecer los impresos de Análisis de sangre, que como ya hemos hecho constar en otros procesos nosológicos, constaba de los siguientes apartados:

"Fórmula leucocitaria:

Formas normales:

Granulocitos neutrófilos (tipo A–E); Granulocitos acidófilos (eosinófilos); granulocitos basófilos (células cebadas o Mastzellen), linfocitos propiamente dichos (Leucocitoides o Pappenheim); monocitos; índice de granulaciones azurófilas.

Formas inmaduras:

Hemocitoblastos; mieloblastos; promielocitos; mielocitos; metamielocitos y linfoblastos.

Formas patológicas:

Pleocariocitos; dismorfocariocitos de Pittaluga (células de Rieder); células de irritación de Türk.

Formas histiógenas: Células cianófilas de Cajal (Plasmazellen); hemohistioblastos"¹²⁹⁸.

Luego, se hacía constar los leucocitos por milímetro cúbico, los hematíes por milímetro cúbico, la hemoglobina y el valor globular. Por último, había apartados para anotar alteraciones de la serie hemoglobínica; investigaciones especiales; parásitos y coagulación (Figuras 9 y 10).

¹²⁹⁸ CHCHR. Historia Clínica n° 292

ANÁLISIS DE SANGRE

FÓRMULA LEUCOCITARIA

	POR 100	POR 100	POR 100 sangre normal adulto
Formas normales			
Granulocitos neutrófilos		<u>66</u>	70
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> — — (Arneth) </div> <div style="margin-left: 10px;"> Tipo A..... » B..... » C..... » D..... » E..... </div> </div>			
Granulocitos acidófilos (eosinófilos)			2
— basiófilos (células cebadas; Mastzellen).....			
Linfocitos propiamente dichos.....		<u>20</u>	25
— Iucocitoides (PAPPENHEIM).....			1
Monocitos		<u>4</u>	2
Indice de granulaciones azurófilas			
Formas inmaduras			
Hemocitoblastos			
Mieloblastos			
Promielocitos			
Mielocitos			
Metamielocitos (granulocitos de transición).....			
Linfoblastos			
Formas patológicas			
Pleocariocitos.....			
Dismorfocariocitos de PITTALUGA (células de RIEDER).....			
Células de irritación de TÜRK.....			
Formas histiógenas			
Células cianófilas de CAJAL (Plasmazellen)			
Hemohistioblastos.....			

Métodos de coloración.....
Leucocitos por mm. c. 6000 Hemoglobina.....
Hematies por mm. c. Valor globular.....
Madrid, 3-VI-65 Hora del examen.....

Esquema de Arneth

Con el recuento de..... polinucleares neutrófilos.

En la sangre normal (promedio):

DEL TIPO	A	B	C	D	E	TOTAL
Núm. de leucocitos	5	34	43	16	2	100
N.º de lóbulos nucleares.	5	68	129	64	10	276

Sangre examinada:

DEL TIPO	A	B	C	D	E	TOTAL
Núm. de leucocitos						
N.º de lóbulos nucleares.						

Alteraciones de la serie hemoglobínica

Investigaciones especiales

Parásitos

Coagulación

(Método:.....)

RESUMEN

Chamartín,

Fig. 9 y 10. Impresos de petición de análisis de sangre correspondiente a 1925.

Además del examen hematológico o hemograma, existían tres parámetros sanguíneos que eran de gran importancia en el seguimiento del paciente con fiebre tifoidea: “la Urea en sangre, la velocidad de sedimentación y el tiempo de coagulación”¹²⁹⁹.

¹²⁹⁹ CHCHR. Historia Clínica n° 292, 2209

El número de peticiones de un hemograma, urea, velocidad y tiempo de coagulación, era muy parecido al de orina, y por lo tanto muy abundante.

En cuanto al análisis microbiológico del paciente, ya hemos referido que está presente desde el inicio de la atención de fiebre tifoidea en el Hospital del Rey. En las Historias consultadas, consta la presencia de hemocultivos¹³⁰⁰, coprocultivos¹³⁰¹ y serodiagnóstico¹³⁰².

Comentaremos brevemente que no existe impreso propio para reflejar el resultado del análisis microbiológico. Se empleaba el modelo común del laboratorio de Análisis del Hospital del Rey (Figura 11)

LABORATORIO DE ANÁLISIS
DEL
HOSPITAL DEL REY

Observación número _____
Enfermo *Jacinto Salvo*
Pabellón *1* piso *2* de cama *10*

ANÁLISIS DE *Sangre*
Agglutinación con Smith Para tífus A y B
Negativa

Observaciones _____

Chamartín, 11 de Agosto de 1927

E. Giménez, Huertas, 18 y 18. Madrid.

Fig. 11. Análisis microbiológico en sangre de un enfermo con fiebre tifoidea en 1927.

¹³⁰⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 192, 202

¹³⁰¹ CHCHR. Historia Clínica nº 292

¹³⁰² CHCHR. Historia Clínica nº 355

Lógicamente, el número de determinaciones microbiológicas era mucho menor en comparación con la orina y sangre. Se intentaba realizar un diagnóstico diferencial entre los distintos patógenos posibles: “Aglutinación positiva al 1/500 con Paratífus B y negativa con Eberth y Para A”¹³⁰³, ejemplo de un caso que permitió descartar la fiebre tifoidea, mediante la aglutinación de suero sanguíneo del paciente. A veces, consta la aglutinación frente a *Brucella Mellitensis*, lo que ampliaba el diagnóstico diferencial¹³⁰⁴.

En la posguerra se incorpora la aglutinación con *Proteus*, dentro del diagnóstico diferencial de la fiebre tifoidea.

Por tanto, el interés del clínico se enfocaba sobre todo en aislar el Bacilo de Eberth o *Salmonella*, mediante su demostración en heces, orina o sangre; o bien a hacer un serodiagnóstico con la aglutinación del suero sanguíneo. Existían casos de hemocultivos negativos, coprocultivos negativos, y sin embargo una aglutinación positiva y creciente con Eberth¹³⁰⁵. Los coprocultivos se realizaban mediante la siembra en placas de Brigalsky y, los hemocultivos se realizan en medios enriquecidos con Bilis y en caldo común.

Por lo tanto, podemos concluir que en la fiebre tifoidea, el diagnóstico clínico era muy importante, pero se apoyaba firmemente en numerosas exploraciones complementarias, cuyo número y complejidad aumentaron en poco tiempo. Probablemente, la fiebre tifoidea representa un buen paradigma de la evolución del diagnóstico de una enfermedad infecciosa en una Institución moderna totalmente volcada en el campo de las enfermedades transmisibles como lo era el Hospital del Rey.

Se intenta por una parte asegurar el diagnóstico, aislando el Bacilo de Eberth mediante el análisis microbiológico de heces, sangre u orina. Por otra parte, se intenta realizar un seguimiento lo más ajustado posible de la situación clínica de cada enfermo. Para ello, se utilizaba la repetición del análisis del hemograma, urea en sangre, velocidad de sedimentación, coagulación, urianálisis y sedimento de orina. En definitiva, se objetiva en el Hospital del Rey un progresivo encajamiento y coordinación entre la faceta clínica y la de Laboratorio. Es el perfil, con su doble vertiente, de lo que se entiende en aquellos años como médico moderno. Recordemos que Tapia se logra hacer con la dirección del Hospital porque es un hombre de laboratorio con sobrados conocimientos clínicos.

¹³⁰³ CHCHR. Historia Clínica nº 286

¹³⁰⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 292

¹³⁰⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 292

En definitiva, en el Hospital del Rey observamos que, sin menospreciar las exploraciones clínicas realizadas sobre el paciente a la cabecera del mismo, se produce un proceso continuado de crecimiento de las exploraciones complementarias de Laboratorio.

Por ejemplo, y aunque no fuese de aplicación universal, sí se realizaba de modo frecuente la cutirreacción con bacilo de Koch, que se leía a las veinticuatro y cuarenta y ocho horas¹³⁰⁶, y que por cierto, resultaba negativa en un alto porcentaje de pacientes. Constituye un ejemplo de la vigilancia por parte del Hospital del Rey de la posible coexistencia de procesos nosológicos diferenciados.

No es frecuente que el paciente aportase exploraciones complementarias realizadas fuera del centro. No obstante, hemos encontrado en alguna ocasión análisis pertenecientes al Laboratorio de Farmacias de la Ciudad de Madrid.

Es el caso de la Farmacia del Dr. J. Mouriz, Director del Laboratorio del Hospital General, situada en la calle Carretas número 12, que realizó “reacciones de aglutinación con gérmenes vivos y reciente de los de Eberth, Paratífus A, B, y E. Coli, y del micrococo de Malta en sangre”¹³⁰⁷, a un enfermo que ingresó con posterioridad en el Hospital del Rey. Otro centro donde se realizaron análisis que posteriormente se llevaron al Hospital fue “La Honradez, Sociedad de Beneficencia de Porteros y Ordenanzas de Madrid”¹³⁰⁸.

En otra historia consultada consta un informe del análisis serológico practicado al paciente por el Laboratorio de Análisis Clínicos del Doctor E. Luengo, sito en el Paseo del Prado 20, Principal derecha de Madrid. Se practica el Análisis a D. José Duarte, del Colegio de Huérfanos de la Armada por indicación del Dr. Rodrigo Suárez. Se trata de una serología de sangre. Se recibe la muestra de sangre el veinticuatro de Marzo de 1.932. El resultado se detalla a continuación:

“Se ha practicado la prueba de la aglutinación poniendo en contacto diluciones progresivas del suero del enfermo, con emulsiones de los siguientes gérmenes: Bacilo de Eberth, Bacilo Paratífico A, Bacilo Paratífico B y Bacilo Coli. El resultado ha sido negativo para todos lo gérmenes, excepto para el Bacilo de Eberth que ha sido aglutinado hasta con una dilución del 1/640 del suero” (figuras 12, 13 y 14).

¹³⁰⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 2235

¹³⁰⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 4366

¹³⁰⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 30.833

FARMACIA DEL DR. J. MOURIZ

DIRECTOR DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL GENERAL

LABORATORIO

DE INVESTIGACIONES MICROGRÁFICAS Y BIOQUÍMICAS APLICADAS A LA CLÍNICA

CARRETAS, 12 - TELÉFONO 10763

M.

Análisis núm. 39184

Pertenece al Sr. D. Eliseo Castro

Doctor Diaz Casero

Formas anormales observadas en la serie roja y blanca.

metamielocitos 4 %

Examen hemoparasitológico: negativo.

Determinación de la velocidad de sedimentación
hemática

Tec. de Westergrenn

Velocidad de sedimentación a la hora mm.
(Promedio de las dos primeras horas)

Valor final mm.

RESUMEN ANALITICO

Madrid, 3 de septiembre de 1942.

Imp. de la Edic. Juan de Mena 2. Telef. 15094. — Madrid

LA HONRADEZ

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA Y SOCORROS MUTUOS
DE
PORTEROS, ORDENANZAS Y EMPLEADOS DE MADRID

CARRETAS, 21, SEGUNDO - MADRID
TELÉFONO 18784

Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos

Análisis de Sangre

Núm. 8,685

RESUMEN

Aglutinación del bacilo de Eberth positiva
con la dilución al 1 por 540 del suero.

OBSERVACIONES

MADRID, 26 DE Marzo DE 1942

Dr. E. Luengo.

DOCTOR E. LUENGO

LABORATORIO DE ANALISIS CLÍNICOS

PASEO DEL PRADO, 20, PRAL. DCHA. DE 2 A 4
MADRID TELÉF. 18055

ANÁLISIS NÚM. 15050

PERTENECE A D. Jose Duarte

Colegio de Huérfanos de la Armada

PRACTICADO POR INDICACIÓN DEL DR. Rodrigo Suarez

Fig. 12, 13 y 14. Análisis pertenecientes al Laboratorio de Farmacias de la Ciudad de Madrid aportados por pacientes del Hospital del Rey en el momento de su ingreso. Años 1932 y 1942.

En cuanto a las punciones lumbares, no eran nada frecuentes en el curso de la fiebre tifoidea. Se reservaban para los casos graves, acompañados de gran estupor y deterioro de conciencia¹³⁰⁹.

En la fiebre tifoidea, consta la realización de autopsias con el permiso previo de la familia. El diez de Noviembre de 1.929, el Doctor Del Valle realizó una autopsia parcial y limitada a cráneo, por expresa petición de los familiares de preservar tórax y abdomen. Fue la autopsia número 494, y el informe definitivo quedó adjuntado en la Historia clínica:

“Gran congestión cerebral; Hidrocéfalo externo. Se observan algunos acúmulos gelatinosos en el trayecto de los vasos entre circunvalaciones situadas en la cara superior de cerebro y también en cerebelo. Diagnóstico definitivo: Meningitis, en el curso de la fiebre tifoidea”¹³¹⁰.

Algunas veces, parte del material generado por la autopsia se remitía al laboratorio para su adecuado examen histológico. Es el caso de una autopsia, en la que se conservaron ambos pulmones y también para “examen histológico una porción de intestino”¹³¹¹. La descripción macroscópica de dichos pulmones fue la siguiente:

“Presentan ambos pulmones aspecto edematoso en toda su extensión. El pulmón derecho presenta adherencias muy intensas en región lateral y al tratar de despegarlas se desprenden unos 150cc de pus. El diagnóstico definitivo es el de una Pleuritis purulenta interlobar de cisura inferior derecha”¹³¹².

¹³⁰⁹ Así, leemos la descripción de un Líquido cefalorraquídeo: “células 505, Pandi; Nonnnapel y Noqueli negativos. Albúmina: 0,4 por mil; no se ven bacilos de Koch; Gram no se ven gérmenes; Curva de Loenge 111111000000; siembras en placas de Agar negativo; suero negativos; se extraen unos diez centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo ligeramente amarillento; Tensiones: Inicial (50) y final (27); Reacción de Wasserman en líquido cefalorraquídeo negativa”.

CHCHR. Historia Clínica nº 4366

¹³¹⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 4366

¹³¹¹ CHCHR. Historia Clínica nº 6888

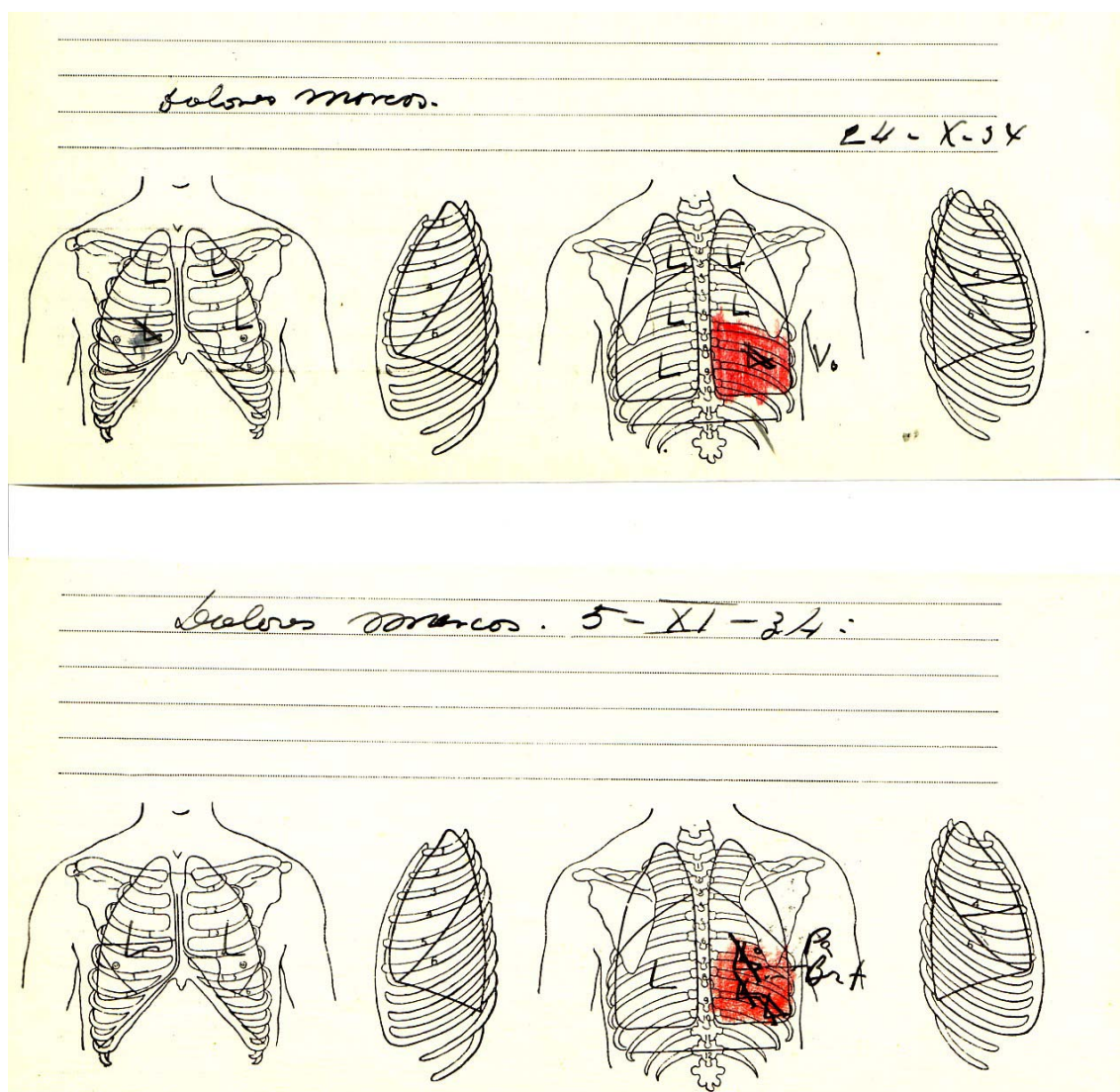
¹³¹² CHCHR. Historia Clínica nº 6888

Se trata de la autopsia 761 practicada por el Doctor Calonge el veinticinco de Abril de 1932.

La utilización de la técnica radioscópica en la fiebre tifoidea no era práctica frecuente. Sólo se realizaba cuando el cuadro tífico se complicaba con un proceso bronconeumónico independiente.

Dolores¹³¹³, una paciente de 14 años, ingresó por fiebre tifoidea en Agosto de 1.934. Durante su ingreso realizó una bronconeumonía en lóbulo medio e inferior derechos, de curso tórpido. Fue dada de alta en enero de 1.935, pero se vio obligada a volver a ingresar por persistencia del cuadro respiratorio.

A Dolores, se le realizaron siete radioscopias durante su ingreso. El resultado de la radioscopia quedaba reflejado en forma de gráfico de ambos pulmones en el que se coloreaba el lóbulo afecto (figuras 15 y 16).

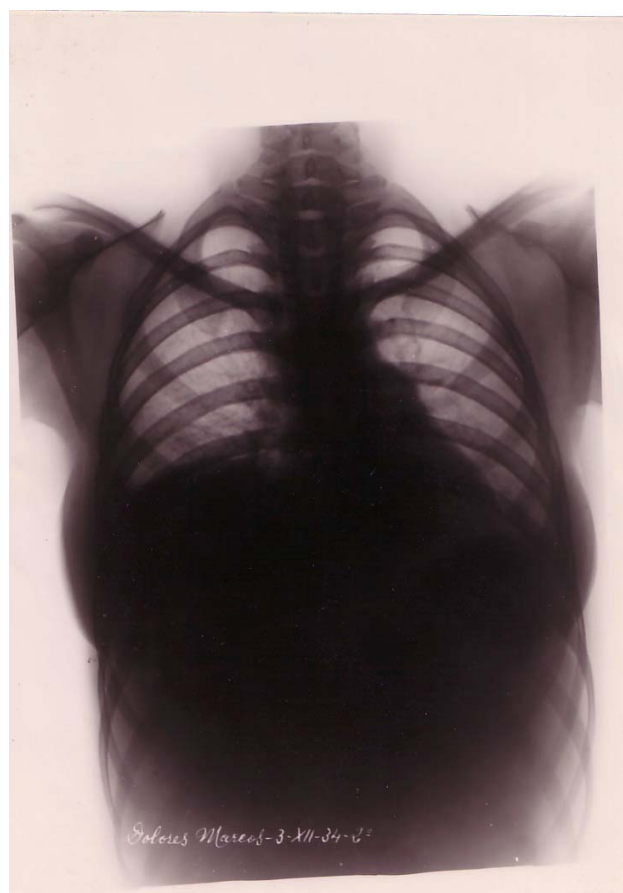


¹³¹³ CHCHR. Historia Clínica nº 9908

Fig. 15 y 16. Esquemas gráficos de la auscultación respiratoria de un enfermo con fiebre tifoidea correspondiente a 1934.

No obstante, también constan dos radioscopias en papel fotográfico de gran calidad, conservadas en el interior de la historia (Figuras 17 y 18).

A esta misma enferma se le realizaron dos intentos de toracocentesis o “punciones exploradoras de pleura”¹³¹⁴ sin obtención de líquido en ninguna de las dos. La letra que describe las radioscopias es la misma que la del diario clínico y por lo tanto se deduce que el mismo médico que atendía a esta paciente en la sala, se encarga de la realización de ciertas exploraciones complementarias, por lo menos en los primeros años de funcionamiento del Hospital. En épocas posteriores del Hospital del Rey, ya se cuenta con un radiólogo, pero en el momento que describimos, el clínico tenía que desdoblarse su función haciéndose cargo de la atención directa de los pacientes ingresados en el Sala, junto con la ejecución de determinadas técnicas diagnósticas.



¹³¹⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 9908



Fig. 17 y 18. Radioscopias correspondientes a una enferma de fiebre tifoidea en el año 1934.

2.3.7.7 La terapéutica de la fiebre tifoidea.

La práctica clínica de la época.

Para acabar este capítulo dedicado a la infección por fiebre tifoidea, dedicamos unos párrafos para saber cuáles eran las líneas de conducta diagnóstica y terapéutica científicamente aceptadas en la época a la que nos hemos referido en nuestro estudio del Hospital del Rey. Para ello nos hemos basado en un Manual de Medicina interna publicado en 1920 bajo la dirección del Doctor Marañón¹³¹⁵.

El diagnóstico de la fiebre tifoidea se basaba en gran parte en los aspectos clínicos del paciente sospechoso. La falta de relación entre el pulso y la fiebre y la presencia de epistaxis, son los datos que inducen a sospechar el diagnóstico. Pasada la primera semana, aparecen las

roseolas y el aumento del volumen del bazo con lo que se asegura por completo el diagnóstico. Más tarde, los síntomas digestivos (meteorismo, diarrea, dolor en la fosa iliaca), y los nerviosos (estado tífico) no dejan lugar a dudas. Sin embargo, en ciertas ocasiones y sobre todo en los casos atípicos, es preciso establecer un amplio diagnóstico diferencial con múltiples entidades: fiebre gástrica o infección intestinal, tifus exantemático, tuberculosis miliar aguda, ciertas formas de sepsis, la fiebre de malta y por último la meningitis cerebro-espinal.

Es por estas razones por las que se precisa un diagnóstico bacteriológico adecuado que puede hacerse por la investigación directa del germen tifoideo en la sangre, roseolas, heces fecales, orina, pulpa esplénica o bilis. Pero también se puede realizar indirectamente por la investigación de los anticuerpos promovidos en el organismo por la infección (reacciones humorales): suero diagnóstico de Widal.

De todos estos métodos, el hemocultivo con el aislamiento del bacilo de Eberth en la sangre es el método diagnóstico más importante. Es positivo con mayor frecuencia cuanto más precozmente se realiza. El método de enriquecimiento del hemocultivo más empleado en la época a la que nos referimos es bilis. Esto permite el desarrollo de gémenes a las doce o catorce horas de estufa. En cambio, el valor diagnóstico de la presencia del bacilo de Eberth en las heces es mucho menor ya que no se da de forma constante.

En cuanto al suero-diagnóstico de Widal, se trata de una reacción de aglutinación, que es positiva en 90 por cien de los casos, menos segura por tanto que el hemocultivo. Comienzan las propiedades aglutinantes del suero sanguíneo hacia el sexto o al octavo día, pero se dan a veces casos de aglutinación negativa al décimoquinto y decimoctavo día, con hemocultivo positivo. Es una reacción cuantitativa y sólo cuando se llega a ciertas diluciones y siguen aglutinando tienen valor diagnóstico.

Antes de hablar del tratamiento de la fiebre tifoidea, comentaremos los principios de vacunación antitifoidea aplicados en la época. Las vacunas con bacilos vivos son más inmunizantes que los de bacilos muertos, pero esta desventaja es compensada por la mejor manipulación y el menor peligro de los muertos. Se utilizaba la vacunación polivalente (bacilos de distintas cepas) y mixta, es decir, preparada con la mezcla del Bacilo de Eberth y los paratifoideos A y B (vacuna T. A. B). Se pueden vacunar aquellos sujetos con posibilidad de exposición a la fiebre tifoidea e incluso aquellos que estén incubando la tifoidea.

¹³¹⁵ HERNANDO, T., MARAÑÓN, G., et al., *Manual de Medicina interna. Tomo III. Enfermedades de las glándulas de secreción interna de la sangre, de la nutrición, infecciosas y parasitarias; avitaminosis, cáncer*. Madrid: Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

En cuanto al tratamiento del tifoideo se hace en primer lugar un gran hincapié en la higiene del enfermo y de su entorno (habitación, ropas de cama, enjuagues bucales, la adecuada recogida de las heces, etc.). En segundo lugar tiene mucha importancia la adecuada alimentación de un enfermo con posible ulceración de las paredes del tracto digestivo. En general una alimentación láctea (sola o combinada con caldos), cuando es bien tolerada, basta a la nutrición del enfermo y permite el máximo de reposo al aparato digestivo. El problema es que no son raros los enfermos que desde el principio o en el curso de la enfermedad digieren mal o repugnan la leche. Es en estos casos donde los caldos de jugo de carne o de jugo de pollo cobran toda su importancia. También se pueden emplear los zumos de frutas de uvas y de naranjas, el vino de Jerez u Oporto y el agua pura o acidulada con limón o naranja.

Es de gran importancia la balneoterapia, cuyo efecto refrigerante se puede conseguir a 26°C, indicados en los tifoideos febricitantes graves, pero no en los tifoideos poco graves que no requieren baño alguno. Los efectos del baño son: el alivio de los fenómenos nerviosos, el descenso de la fiebre, y el alivio de las molestias digestivas y de los fenómenos de hipostasia pulmonar. Están contraindicados en los enfermos con hemorragias activas con sospecha de peritonitis.

Como medicación antitérmica se ha empleado la quinina, aspirina, antipirina, lactofenina y el piramidón (20 centigramos cada dos horas). Los calomelanos se usan como purgantes y el lacteol y la lactobacilina y otros fermentos lácticos tienen una eficacia relativa en los fenómenos intestinales. Los conocimientos de la época sobre el papel de la bilis en la patogenia de la tifoidea llevaron al uso del empleo de los antisépticos biliares. El más usado fue la urotropina en inyección.

A modo de quimioterapia o medicación anti-infecciosa se usaba la tintura de yodo, los metales coloidales (electrargol, colargol) y la colobiasa de oro.

El papel de la sueroterapia era cuestionado y se usaba el suero de Rodet (obtenido por la inyección a animales de cultivos vivos) y también el suero de convaleciente de tifoidea o de sujetos inmjunizados por la vacunación preventiva.

El tratamiento de las complicaciones sintomáticas contaba con un amplio repertorio de remedios. Para la diarrea se usa el subnitrato de bismuto, tanigeno y la tanalbina. Para las hemorragias intestinales lo fundamental es el reposo absoluto y la aplicación constante de hielo en el vientre junto con la dieta absoluta (trozos de hielo en la boca) y la administración de un opiáceo (extracto tebaico, pantopon o láudano). Con esto logramos movilizar el intestino. Si la hemorragia se repite, es necesario recurrir a otros remedios que aumentan la coagulabilidad de la sangre: la gelatina y las sales de calcio. Las irrigaciones de agua helada o la introducción de hielo

en el recto son útiles en algunos casos. Si existe peritonitis con sospecha clínica indudable de perforación intestinal no debe dudarse en proceder a la cirugía (laparotomía con sutura de la perforación). En las complicaciones nerviosas se usaba en la debilidad circulatoria el aceite alcanforado y la adrenalina en gotas o bien el suero adrenalinizado. También se usaban otros tónicos cardiacos: esparteína, digital y cafeína. La agitación y la cefalalgia se combaten con aspirina. El insomnio mejora con cloral y el sedobrol.

En cuanto a los cuidados de la convalecencia se debe prolongar la alimentación líquida con leche y caldos hasta dos o tres días después de desaparecida toda elevación térmica. La fecha de levantarse de la cama varía según la gravedad de la tifoidea: en general a los dos o tres días de empezar a comer.

La práctica clínica en el Hospital del Rey.

La utilización de la Balneoterapia queda patente en las primeras historias clínicas de los enfermos atendidos por fiebre tifoidea en el Hospital del Rey. “Por la noche lo bañamos y los efectos sobre el estado general del paciente son excelentes”¹³¹⁶.

Los comentarios de los médicos que prescribían el uso de la Balneoterapia muestran un gran optimismo hacia esta práctica. Como ya reflejó el Dr. Torres Gost, los efectos de la Balneoterapia sobre la fiebre eran muy recortados en el tiempo. Quizás la placidez o bienestar que el baño producía sobre el sufrimiento del enfermo, aunque fuera momentáneo o pasajero, hacía que el médico se formase una opinión excesivamente optimista. Entre otras cosas, porque no se disponía de casi ninguna alternativa terapéutica. Así podemos leer:

“Se le baña a 30° C, notándose una disminución grande del malestar después del baño. Respira con más facilidad, tose y expectora más enérgicamente, disminuyendo bastante la temperatura. Siguen tan marcados los efectos favorabilísimos del baño. Hoy, Baño a 27° C. La enferma se despejó extraordinariamente y encuentra agradabilísimo el baño. Se derrama un jarro de agua fresca en la cabeza mientras está en el baño. La temperatura un cuarto de hora después es la normal”¹³¹⁷.

¹³¹⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 192

¹³¹⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 200

Como se puede comprobar, el uso de superlativos habla por sí solo de la optimista opinión de los médicos. Desconocemos si la balneoterapia se siguió utilizando, de manera continuada en el Hospital del Rey, pero su mención desaparece pronto de las Historias clínicas. Probablemente, se sobreentendía su realización por parte del personal de enfermería, sin que fuese necesaria su explícita mención en el curso clínico del paciente.

Por tanto, podemos concluir que la Balneoterapia suponía una herramienta que producía transitoriamente un efecto benéfico sobre el paciente, pero que suponía un enorme sacrificio de trabajo y dedicación para el personal de enfermería, y que además conseguía una nula modificación sobre el curso evolutivo de la fiebre tifoidea. Todo ello justifica de modo sobrado su abandono.

Dicho abandono no fue brusco, y casi con toda probabilidad la balneoterapia se fue reduciendo gradualmente, simplificándose en muchas ocasiones a una forma de fricciones: “Fricción general con agua caliente, seguida de otra fricción general con agua fría”¹³¹⁸.

El uso de terapéuticas con nulo o escaso resultado beneficioso es algo frecuente a lo largo de la Historia de la Medicina. En el campo de la psiquiatría se presentan numerosos ejemplos instructivos, como las crisis hipoglucémicas mediante terapia insulínica en esquizofrénicos. Afortunadamente, la balneoterapia producía bienestar en el paciente, y ausencia de efectos adversos.

Quizás, el proceso y avance científico en la Medicina está compuesto de una mezcla de errores y aciertos, de progresos y retrocesos, y en muchas ocasiones se comprueba que un avance significativo sólo pudo ser resultado de un error anterior que permitió mostrar el verdadero camino a seguir.

Se usó también desde un principio suero de Tífico convaleciente. Se solía administrar de forma diaria al paciente, administrando una dosis inicial, con disminución progresiva de la dosis pautada en las sucesivas inyecciones¹³¹⁹. Por ejemplo: “Veinte centímetros cúbicos los primeros días, pasando después a diez centímetros cúbicos, y suspendiendo a los quince días”¹³²⁰.

Los nombres reflejados varían, pero denominan un mismo producto: suero de tífico convaleciente¹³²¹, suero antitífico, filtrado de Eberth¹³²², suero Hayen¹³²³, suero antitífico THIRF. La vía común de administración era la subcutánea, pero se objetiva el uso intravenoso en algún paciente.

¹³¹⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 6819

¹³¹⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 292

¹³²⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹³²¹ CHCHR. Historia Clínica nº 286

¹³²² CHCHR. Historia Clínica nº 2209

Fuera cual fuera su vía de administración, no estaba exenta de reacciones adversas. “La inyección del suero no ha producido ningún síntoma anafiláctico”¹³²⁴, comentario que refleja la vigilancia del médico en este sentido, y que a la vez demuestra que dichas reacciones no debían ser excepcionales.

En uno de los pacientes, se decide usar vacuna antitífica, en lugar del suero tífico convaleciente. Desconocemos el motivo, pero sirve como ejemplo de los posibles efectos secundarios de esta terapia: “Al poner la inyección de suero tuvo pequeños escalofríos y un eritema fugaz de aspecto urticárico. Se suprime el suero”¹³²⁵.

La existencia de dichas reacciones provocó una cierta precaución en los médicos, que en ciertos casos practicaban una desensibilización previa a la administración de antitífico, sobre todo si la vía de administración era la venosa, la cual era de elección en caso de gravedad del paciente.

A veces, las reacciones frente al filtrado de convaleciente eran aprovechadas para confirmar un diagnóstico dudoso:

“Se recomienda repetir la formulación leucocitaria cuya cifra de 19.000 puede ser errónea, e hizo rectificar durante dos días el diagnóstico clínico bien establecido y confirmado desde el principio, explicándose la leucocitosis por la reacción obtenida después de la inyección de filtrado que sólo en los casos de tifoidea se vienen presentando”¹³²⁶.

En la fiebre tifoidea se comprueba la utilización de otros tratamientos que se aplicaban de manera conjunta o por separado en cada paciente. Uno de ellos era el Alcanfor o Aceite Alcanforado¹³²⁷ a dosis de diez centigramos, cada cuatro horas, en inyecciones subcutáneas.

La Estricnina¹³²⁸ se reservaba para casos de mayor gravedad, aunque también se combinaba con el Alcanfor.

La Urotropina¹³²⁹, usada en forma de comprimidos tres veces al día. Y en algunas historias consta el uso de Cilotropina¹³³⁰.

¹³²³ CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹³²⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹³²⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 2330

¹³²⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 2209

¹³²⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 2291

¹³²⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 2291, 2311

¹³²⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹³³⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 9908

El Lactato de Cal¹³³¹, en forma de sellos de cincuenta centigramos repetidos por vía oral 4 veces al día. Y la Aspirina, junto con cafeína¹³³².

No sabemos exactamente el criterio seguido por el médico a la hora de prescribir cualquiera de los tratamientos mencionados. Además de la gravedad del paciente y del grado de evolución de la enfermedad, lógicamente entrarían en juego factores más subjetivos como la familiaridad del médico con un determinado medicamento.

En muchas ocasiones, se prescribía directamente “Opio en cantidad de dos centigramos al día”¹³³³. No olvidemos que la afectación intestinal de la fiebre tifoidea puede provocar intenso dolor.

En casos de complicación respiratoria, con presencia de bronconeumonía como proceso independiente de la fiebre tifoidea, se recetaba en ocasiones Cilotropina.

Cuando el cuadro nauseoso era molesto e incapacitante para el enfermo, se recurría a la Belladona¹³³⁴ en forma de diez gotas cada ocho horas.

La lista de tratamientos utilizados en la fiebre tifoidea es inmensa. Ya hemos constatado que cada médico tenía su propio repertorio de medicamentos, con el cual se sentiría seguro. Esto en parte se explica al ser el Hospital del Rey una institución de nueva creación y por lo tanto, había incorporado médicos de distintos orígenes y lógicamente con formación perteneciente a Escuelas o Doctrinas que poco o nada tenían que ver entre sí. Tendrían que pasar décadas para que el propio Hospital del Rey comenzara a tener doctrina propia a través de la formación de sus propios médicos, con criterio unificado y compartido al menos en líneas generales, por la plantilla médica de la Institución.

El comienzo del uso del Piramidón coincidió con la progresiva desaparición de la Balneoterapia. A partir de entonces, no fue infrecuente usar el Piramidón diariamente¹³³⁵. En ocasiones, el Piramidón se suspendía. Es el caso de un paciente que sufrió “deposiciones de tipo hemorrágico”, prescribiéndose “Extracto Tebaico seis centigramos al día en tres píldoras y bolsas de hielo sobre el vientre”¹³³⁶.

No era infrecuente que el Piramidón se usara de forma conjunta con otros principios farmacológicos. Así, en el cuadro tífico con cefalea, se utilizaba Efetonina una vez al día junto

¹³³¹ CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹³³² CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹³³³ CHCHR. Historia Clínica nº 7212

¹³³⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 9908

¹³³⁵ CHCHR. Historia Clínica nº 7216

¹³³⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 6819

con Piramidón 0.10 gramos, cada hora y media. Cuando el cuadro diarreico predominaba: Tanigeno y Dermatol, tres veces al día¹³³⁷.

El tratamiento estándar utilizado durante la Guerra Civil fue la combinación de Efetonina y Alcanfor. Se detecta durante esos años el uso de Calcio intravenoso, aunque siguen teniendo su importancia el uso de lácteos por vía oral: “régimen: toma de leche fría en las tres comidas principales”¹³³⁸.

En cuanto a los medios físicos, eran frecuentes los lavados rectales, por ejemplo, con “100 gramos de Agua y 100 gramos de Aceite de Oliva”¹³³⁹, o bien el empleo de bolsas de hielo en el abdomen¹³⁴⁰.

También se ponía especial énfasis en el régimen alimenticio del paciente afecto de fiebre tifoidea. Así leemos: “Alimentación con purés, papillas, cremas, flan y yemas en vino”¹³⁴¹. Conforme el estado del paciente mejoraba, se introducía sólidos como “merluza, tortilla, croquetas y mermeladas o confituras”¹³⁴². También se prescribe: “Agua de Vichy y Agua de Litines”¹³⁴³.

No era infrecuente realizar pequeñas maniobras de tipo quirúrgico en la propia Sala del Hospitalización, la incisión de abscesos, el desbridamiento de úlceras o escaras de decúbito, etc. La realización de estas pequeñas intervenciones corría a cargo del propio médico de Sala encargado del paciente. A veces, surgían inesperadas complicaciones tras la incisión de un absceso, como consecuencia de la falta de esterilidad adecuada empleada por el médico, o secundariamente a la permanencia en un medio hospitalario donde convivían enfermos infectados con distintas patologías.

Es ilustrativo de este proceso el siguiente paciente:

“En el día de hoy asciende la temperatura, presentando tumefacción leñosa de antebrazo izquierdo, siendo fuertemente doloroso a la presión. El absceso fluctúa y se indica la incisión. A las cuarenta y ocho horas, se produce un súbito ascenso de la temperatura, observándose en los alrededores del absceso del brazo un comienzo del proceso erisipeloide, que en los días siguientes evoluciona con formación de placas de dermitis erisipeloide que se extienden desde el antebrazo hasta la mano”¹³⁴⁴.

¹³³⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 13.165

¹³³⁸ CHCHR.

¹³³⁹ CHCHR. Historia Clínica nº 2239

¹³⁴⁰ CHCHR. Historia Clínica nº 4365

¹³⁴¹ CHCHR. Historia Clínica nº 200

¹³⁴² CHCHR. Historia Clínica nº 200

¹³⁴³ CHCHR. Historia Clínica nº 355

¹³⁴⁴ CHCHR. Historia Clínica nº 21.429

Este tipo de complicación en forma de sobreinfección, se intentó erradicar con el uso de Anatoxina Estafilocócica del laboratorio IBYS, aplicada inmediatamente después de la incisión de los abscesos cutáneos¹³⁴⁵.

A veces, se atendían complicaciones de maniobras quirúrgicas realizadas de forma extrahospitalaria: “En parte inferior del muslo, se observa pequeño absceso por inyección intramuscular administrada en domicilio”¹³⁴⁶.

En la época inmediatamente posterior al conflicto Nacional, se dirige una especial atención por parte de los médicos al estado vasomotor del enfermo de fiebre tifoidea. Se intenta mejorar con la aplicación de adrenalina administrada en forma de gotas, cuyo uso se hizo frecuente. Otros medicamentos usados con la misma finalidad en esos años son: el Cebión intravenoso, y la Natibaine en gotas¹³⁴⁷. Su administración no era ocasional pues en algunas historias consultadas queda reflejado el agotamiento de existencias en Farmacia Hospitalaria.

En paciente anémicos, con intensa palidez y desnutrición (relativamente frecuentes en la posguerra), se aplicaban ampollas de Fosforrenal con hierro¹³⁴⁸.

Para el uso de la sueroterapia en la fiebre tifoidea, con la finalidad de reposición de líquidos y electrolitos, habría que esperar a 1942, año en el que se empieza a reflejar su uso en las Historias clínicas. También objetivamos el uso de Digital en caso de insuficiencia cardíaca: “Abundantes estertores húmedos de hipostasia en ambas bases pulmonares. Tonos cardíacos apagados, pulso blando. Tratamiento con Digital veinte gotas en dos ocasiones”¹³⁴⁹.

Quizás sea la fiebre Tifoidea unas de las enfermedades en las que se observa un progresivo avance terapéutico utilizándose distintos tratamientos de forma sucesiva, y abandonándose otros, conforme avanza el tiempo. Probablemente esto sea el resultado de que la fiebre tifoidea es una endemia, por lo que se puede ir avanzando y perfeccionando en la terapéutica, pues hay casos de Tifoidea todos los años. Muy distinto es el caso de las epidemias como la poliomielitis de 1.928, en la que pasado el pico epidémico no se pudo avanzar hasta la nueva epidemia de finales de 1.950. Los escasos enfermos de viruela existentes entre ambas epidemias no permitieron establecer grandes avances terapéuticos.

¹³⁴⁵ “Han aparecido varios forúnculos y dos pequeños abscesos en regiones occipital y escapular izquierda, en las cuales hoy se inicia fluctuación. Se practica incisión de los abscesos y anatoxina estafilocócica IBYS”.

CHCHR. Historia Clínica nº 13.218

¹³⁴⁶ CHCHR. Historia Clínica nº 30.833

¹³⁴⁷ CHCHR. Historia Clínica nº 21.437

¹³⁴⁸ CHCHR. Historia Clínica nº 21.427

¹³⁴⁹ CHCHR.

A la vista de estas pautas de conducta diagnósticas y terapéuticas consideradas como científicamente aceptables durante la época que corresponde al estudio del Hospital del Rey, podemos concluir que los profesionales de dicha Institución no solo se adecuaron correctamente al pensamiento científico de aquellos años, sino que en muchos casos se adelantaron innovando conceptos en el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas.

3 CONCLUSIONES.

1. El Hospital del Rey tiene una importancia fundamental en el conjunto de la medicina española de la época. Se puede considerar que el Hospital de Infecciosos de Chamartín de la Rosa constituye un modelo de centro monográfico para el tratamiento de las enfermedades infecto-contagiosas inexistente hasta entonces en el territorio nacional.

2. A pesar de que la necesidad de una institución como el Hospital del Rey era perentoria, su inauguración se retrasó años y años. Los motivos que justificaron dicha lentitud hay que buscarlos en la escasa repercusión que tenía la sanidad en la política de la época y en la carestía económica de la España de entonces, y un factor que actuó de forma favorecedora fue el de la presencia de diferentes epidemias que afectaron de forma notable a la población y que provocó la reacción de la clase política.

3. El modelo arquitectónico adoptado para el Hospital del Rey fue el de pabellones. Acorde con los criterios de construcción de la época, se adoptó este modelo, considerándolo el más adecuado para una institución de enfermos infecto-contagiosos. El modelo de pabellones permitía la aplicación del concepto de aislamiento del enfermo infeccioso, así como una adecuada distribución de los pacientes por pabellones según entidades morbosas. El terrible contagio intrahospitalario de las grandes salas de los hospitales convencionales quedaba minimizado con el modelo de pabellones.

4. Los profesionales elegidos para trabajar en el Hospital del Rey destacaron por su excepcional nivel de cualificación profesional. El perfil profesional de los primeros médicos del Hospital del Rey fue algo totalmente innovador para la época. El hecho de que estos profesionales abarcasen grandes conocimientos de clínica y de laboratorio supuso una auténtica revolución en la atención de los enfermos infecciosos. Quizás aquí está la clave del éxito que constituyó el Hospital del Rey. Estos profesionales sabían en muchos casos describir clínicamente a sus enfermos a través de los signos externos, pero también adquirieron una gran destreza a la hora de describir mediante diversas técnicas de laboratorio las variaciones del proceso morbooso.

5. Las historias clínicas no permiten reconstruir la forma en la que los pacientes vivenciaban su experiencia en el Hospital. A la hora de estudiar las diversas enfermedades infecciosas a través de las historias clínicas existen pocos datos anotados sobre los propios pensamientos o sentimientos de los pacientes. Por ese mismo motivo es difícil llegar a saber el

verdadero impacto sobre los pacientes de la tecnología introducida de forma progresiva en la vida hospitalaria.

6. A la vista de los documentos estudiados, se deduce la presencia de un modelo paternalista de relación médico-enfermo. No figura en las historias clínicas, sobre todo tras su ingreso, ningún tipo de datos que induzcan a pensar que el punto de vista del paciente acerca de su estado de enfermedad representara para los médicos un elemento de relevancia con vistas a determinar sus actuaciones técnicas en relación con el tratamiento. La confianza en los datos de la exploración somática ocupaban el lugar más destacado en el modo de operar de los médicos a la hora de enfrentarse a la práctica clínica.

7. Las historias clínicas referentes a la viruela muestran una evolución clara en los impresos de laboratorio usados por el Hospital del Rey. Dado que se trataba de una institución que concedía un gran valor a los datos de laboratorio, se partía desde un principio de unos impresos muy ambiciosos, con excesivos datos, y poco prácticos en la clínica del día a día. Se observaba, con el paso de los años, la introducción de impresos mucho más simplificados, pero que contienen la información suficiente requerida para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Es decir, se parte de una actitud un tanto idealista, con unos impresos excesivamente detallados, y con los años, gana fuerza el enfoque simplista, y por lo tanto más pragmático.

8. El examen realizado fundamentalmente sobre la base del análisis de historias clínicas permite considerar que no sólo los médicos asimilaban adecuadamente la progresiva incorporación tecnológica a la vida del hospital, sino que en muchos casos fueron ellos mismos los responsables de su introducción. En este sentido cabe mencionar las diversas estancias de los facultativos del Hospital del Rey en el extranjero para familiarizarse con determinadas prácticas novedosas de la medicina de la época. También cabe destacar que la progresiva tecnificación condujo inevitablemente a la aparición de nuevas profesiones dentro del hospital y la aparición de los médicos especialistas en un determinado campo.

9. En la viruela, una enfermedad donde predominan las manifestaciones cutáneas se objetiva una mayor profusión de remedios de aplicación tópica. Éstos aumentan en cantidad y calidad conforme pasan los años. No obstante, también existen medicaciones aplicadas por vía oral o intramuscular. Se comprueba una variación en cuanto al tratamiento aplicado según sea el facultativo que atiende al enfermo. Esto responde probablemente a preferencias personales. No es difícil imaginar que los médicos que trabajaron en la primera etapa en el Hospital del Rey tenían una formación muy variada, lo que implica que tendrían que pasar años para lograr crear una mayor homogeneidad terapéutica dentro del Hospital.

10. La importancia y gravedad de una enfermedad como la tuberculosis se ve ya reflejada desde los inicios del Hospital del Rey. Desde los proyectos iniciales de construcción de los pabellones del Hospital, se tiene en cuenta la prevalencia de esta afección. Es decir, ya antes de la inauguración del Hospital se preveía que la afluencia de enfermos con tuberculosis iba a ser masiva.

11. A pesar de la modificación experimentada en las patologías durante la Guerra Civil, provocada por la aparición de epidemias como el tifus exantemático, o el paludismo, la tuberculosis necesitó igual que siempre dos pabellones para su atención, lo que indica que su incidencia y prevalencia durante la Guerra Civil se mantuvo.

12. Los médicos del Hospital del Rey, pusieron todo su entusiasmo y paciencia en su dedicación a la tuberculosis. Prueba de ello son los numerosísimos trabajos científicos, las estancias en el extranjero y la paulatina introducción de nuevas técnicas, que como la sección de adhesiones pleurales, fueron modificando poco a poco la mortalidad de esta entidad. Algunos de los textos más famosos de la época fueron traducidos por los médicos del Hospital

13. La duración de la estancia hospitalaria en una enfermedad como la tuberculosis se prolongaba habitualmente meses, acercándose en muchos casos al año. Estos largos ingresos, prolongados durante meses, lógicamente supondrían un gran problema de espacio para una Institución tan necesitada de camas como el Hospital del Rey.

14. En el estudio de la evolución del enfermo tuberculoso cobra una importancia notoria el estado general del paciente, y más concretamente el peso. La tuberculosis llevaba consigo una depauperación progresiva del paciente, en forma de emaciación o caquexia. Por lo tanto un paciente que se alejaba de esta situación ganando peso, era señal cierta de curación al menos parcial. De ahí que en las gráficas de constantes clínicas el peso es un dato que se recoge de forma diaria.

15. Podemos deducir que el enfermo tuberculoso y su progresión clínica quedaban objetivados por la exploración clínica, y más concretamente la auscultación respiratoria por un lado, y por otro lado, por la imagen visual obtenida por la radioscopia. De esta manera el clínico comprobaba de forma visual en la radioscopia, lo oído en la auscultación.

16. La utilización de la radioscopia en la práctica clínica del Hospital como tecnología diagnóstica y de seguimiento de la evolución en la tuberculosis hace posible que el médico realice una aproximación clínico-radiológica de forma conjunta, lo que permite desde luego la realización de diagnósticos más complejos y exactos.

17. En torno al enfermo sospechoso de padecer tuberculosis se va organizando todo un conjunto de pruebas diagnósticas, haciendo el diagnóstico lo más ajustado posible. Como primer

paso, lógicamente una anamnesis realizada con exhaustividad, una exploración clínica especialmente dirigida al aparato pulmonar; una imagen pulmonar como segundo paso, obtenida a través de un estudio radioscópico o radiográfico; y por último un paso microbiológico, mediante el análisis del esputo para verificar la existencia de la micobacteria, apoyado en otros test como el Mantoux o cutirreacción.

18. En la terapéutica de la tuberculosis se combinan medios físicos, entre los que destacan los baños de sol, reposo en cama, las compresas húmedas, la aplicación de frío en forma de hielo, etc.; junto con los farmacológicos, entre los que se cuenta con una abultada farmacopea, destacando la terapia cálcica y la Sanocrisina, y por último se añade la opción quirúrgica con la realización del neumotórax de forma repetitiva. Todas estas posibilidades se combinan según el enfermo en concreto del que se trate, su gravedad y los síntomas que predominen.

19. El paludismo tuvo un importante ascenso del número de casos atendidos en el hospital durante la primera época de la Guerra Civil. El trasiego de enfermos soldados, provocó en no pocas ocasiones el colapso del Hospital. Mayoritariamente, fueron atendidos en los pabellones I y V. Durante la Guerra Civil, los focos de adquisición del paludismo eran los propios frentes de guerra.

20. Se objetiva durante la epidemia de paludismo atendida en la Guerra Civil una disminución en la extensión de las notas clínicas. La anamnesis y la exploración clínica son más concisas y breves. Esto se correlaciona con un aumento en el número de enfermos, y una disminución del tiempo que el médico puede emplear con cada enfermo.

21. El paludismo se trata de una entidad cínica que a diferencia de otras tratadas tenía unos parámetros diagnósticos relativamente fiables, pues la alta sospecha clínica se confirma con la prueba de laboratorio mediante la visualización del parásito en sangre. Además, una vez diagnosticada, el médico disponía de un tratamiento eficaz: la Quinina. Esto permitía una alta tasa de curación, con mortalidad bajísima, y una duración de estancia hospitalaria relativamente corta. En los enfermos del Hospital del Rey el *Plasmodium Vivax* fue el mayoritariamente aislado. No obstante, en algún caso en concreto, se hace referencia al *Plasmodium Falciparum*. Dentro de la exploración clínica, y por lo tanto aquellos datos en los que el clínico se guiaba para modificar la terapéutica, era la semiología esplénica lo que más se destacaba en el curso clínico diario. En concreto, era el tamaño del bazo uno de los datos de mayor importancia.

22. En el paludismo se dispone de un arsenal terapéutico eficaz representado por el sulfato de Quinina, el clorhidrato de Quinina y la Plasmoquina, usados por distintas vías. Las dosis empleadas, las vías de administración, la duración del tratamiento, y el uso de terapéutica coadyuvante variaban mucho según el médico responsable.

23. En nuestro país, es en la posguerra cuando se registró la explosión epidémica de tifus exantemático con mil novecientos casos en 1.941, y mil quinientos ochenta casos en 1.942, descendiendo en los años sucesivos, hasta desaparecer completamente en 1.959. Dado el elevado número de enfermos, los médicos tuvieron que recurrir a los Pabellones Dócker o Barracas, como se las conocía coloquialmente entre los trabajadores de la institución. El Hospital del Rey constituyó un importante apoyo en la asistencia de esta epidemia.

24. Como en otras enfermedades, en el tifus exantemático, las primeras descripciones al comienzo de la epidemia son poco concretas y prolijas en detalles. En cambio, cuando el clínico ya conoce la enfermedad por la gran cantidad de casos atendidos, predomina la nota clínica concisa y breve, con varios aspectos -la cefalea, el delirio y la erupción cutánea- que se destacan como fundamentales y característicos para poder llegar al diagnóstico.

25. En una enfermedad como el tifus exantemático, donde se empiezan a emplear técnicas de laboratorio como la Reacción de Weil-Felix, estamos en un momento histórico en el que comenzamos a comprobar la complejidad de la interpretación de dichas pruebas. Espontáneamente, surge la necesidad de que el Hospital cuente con personal especializado de laboratorio. El clínico ya no puede por sí mismo abarcar el extenso campo clínico y de Laboratorio. Por otro lado, y consecuencia de lo anterior, estamos en el comienzo de la cooperación médico-clínico y médico-laboratorio, derivado de la progresiva complejidad de las pruebas de laboratorio, y en concreto de las pruebas de serología.

26. En el tifus exantemático, volvemos a presenciar la paradoja de la existencia de unos profesionales sanitarios muy dotados para la descripción clínica de la entidad nosológica, pero desgraciadamente con pocos recursos para combatirla.

27. A lo largo de la historia del Hospital del Rey, se atienden dos grandes epidemias de poliomiélitis: la de otoño de 1.928 y la del verano de 1.955. Se podría establecer una diferencia abismal en la capacidad de respuesta del Hospital, comparando ambas epidemias. No sólo por el salto de años, sino por el cambio de mentalidad médica, junto con el avance en medios materiales, científicos y recursos humanos. Los casos de polio atendidos en el Hospital del Rey durante la epidemia de polio de 1928, mostraron una mortalidad baja, a pesar de la gravedad e importancia de sus secuelas.

28. En una enfermedad como la polio se demuestra el carácter del Hospital del Rey encaminado a tratar procesos agudos. Se atiende el proceso agudo de Polio, y una vez superada esa fase aguda se deriva a otro Hospital para rehabilitación. Esto indica un alto nivel de especialización del Hospital.

29. Como en otras entidades, en la polio también destaca la minuciosidad de la exploración clínica. Los médicos exploraban al detalle a enfermos que invariablemente acababan con parálisis, quizás con la esperanza de encontrar detrás de la semiología alguna luz que pudiera indicar un buen pronóstico, o un curso clínico diferente al habitual.

30. En la epidemia de polio de 1928, creemos que en alguna ocasión se pudo sobrediagnosticar. Era uno de los peligros de estar en plena epidemia de una entidad nosológica: etiquetar todo cuadro parecido dentro de la misma entidad.

31. En la primera etapa de atención de la epidemia de polio se solicitan pocas pruebas complementarias. No existe un criterio muy definido para solicitar hemograma y análisis de orina, o realizar una punción lumbar. Por tanto, durante la epidemia de polio de 1.928, sobre todo en su primera etapa, predomina en el Hospital del Rey un manejo clínico y descriptivo del paciente, dando una relativa importancia a los elementos analíticos como la punción lumbar y los análisis de sangre y orina.

32. En los primeros años de asistencia de la epidemia de poliomyelitis, el tratamiento predominante era la aplicación de diatermia, quedando reflejado con menor frecuencia el uso de suero de convalecientes y la radioterapia

33. La evolución de muchos niños enfermos de poliomyelitis hacia las deformidades y contracturas fue la norma en la primera epidemia de poliomyelitis, siendo escasísimas las historias clínicas en las que se encuentran datos de que se utilizara alguna forma de Rehabilitación.

34. En el momento en que comienza la andadura el Hospital del Rey, la fiebre tifoidea tenía carácter de endemia, con exacerbaciones epidémicas de forma periódica. Junto con la tuberculosis, la fiebre tifoidea fue una de las principales enfermedades en cuanto a número de enfermos atendidos en los primeros años del Hospital del Rey.

35. En la fiebre tifoidea, el diagnóstico clínico se apoyaba firmemente en numerosas exploraciones complementarias de laboratorio, cuyo número y complejidad aumentaron en poco tiempo. Probablemente, la fiebre tifoidea representa un buen paradigma de la evolución del diagnóstico de una enfermedad infecciosa.

36. La Balneoterapia constituyó una herramienta importante en los primeros años de funcionamiento del Hospital en el tratamiento de las fiebres tifoideas. Producía transitoriamente un efecto benéfico sobre el paciente, pero a base de un enorme sacrificio de trabajo y dedicación para el personal de enfermería, y además conseguía una nula modificación sobre el curso evolutivo de la enfermedad. Todo ello justificó de modo sobrado su abandono.

37. Quizás sea la fiebre tifoidea unas de las enfermedades en las que se observa un progresivo avance terapéutico utilizándose distintos tratamientos de forma sucesiva, y abandonándose otros, conforme avanza el tiempo.

38. Probablemente esto sea el resultado de que la fiebre tifoidea es una endemia. En términos generales se puede considerar que la práctica clínica de los médicos del Hospital del Rey se mostró, al menos a través de lo que cabe interpretar de la lectura de las historias clínicas examinadas, como adecuada a las recomendaciones sobre el modo de proceder más conveniente que se postulaba en la época.

4 BIBLIOGRAFÍA.

4.1 Fuentes.

4.1.1 Manuscritas.

-Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares. Sección Gobernación: Documentación relacionada con proyectos arquitectónicos de construcción y reparación del Hospital del Rey. Cajas 2849-3190.

APHR: Archivo de Personal del Hospital del Rey, correspondiente a los años 1.924-1.950.

APMS: Archivo de Personal del Ministerio de Sanidad, correspondiente a los años 1.924-1.950.

-CHCHR: Colección de Historias Clínicas del Hospital del Rey, entre 1.924-1.950 (Entre paréntesis citamos los números de las Historias Clínicas que consideramos más relevantes). viruela (169, 171, 206, 674, 694, 702, 733, 739, 2369, 19.169, 20.529, 20.562, 20.586, 20.618, 20.645, 20.946, 20.948, 20.961, 20.965, 20.966, 21.100, 21.103, 21.102, 21.103, 21.121, 21.204, 21.952, 21.953, 21.974, 24.291, 29.116, 24.294), poliomielitis (4348, 4398, 4540, 4550, 4769, 4800, 4856, 4887, 4907, 4940, 5055, 5062, 5089, 5246, 5279, 5292, 5380, 5443, 5505, 5508, 5546, 5562, 5292, 5380, 5641, 5688, 5930, 6297, 6533, 6815, 6985, 7141, 7174, 7231, 7246, 7250, 7257, 7258, 7259, 7264, 7428, 7526, 7528, 7543, 7578, 7734, 12.156, 12.778), fiebre tifoidea (191, 192, 195, 200, 202, 286, 292, 355, 2209, 2232, 2235, 2239, 2246, 2246, 2252, 2291, 2311, 2312, 2330, 2346, 3.165, 4365, 4366, 6819, 6888, 7212, 7216, 9908, 13.165, 13.215, 13.218, 13.219, 21.427, 21.429, 21.431, 21.437, 30.831, 30.833), tifus exantemático (365, 382, 386, 627, 2236, 2478, 2528, 3936, 4084, 4102, 13.936, 16.150, 16.385, 16.659, 16.720, 16.730, 16.774, 16.910, 16.916, 20.906, 21.107, 22.549, 22.729, 22.740, 24.773, 24.782, 24.840, 24.844, 24.848, 24.884, 25.026, 25.027, 25.029, 25.177, 25.180, 25.181, 25.182, 25.280, 25.532, 25.945, 29.324, 29.325, 29.707, 29.711, 30.906, 33.200), tuberculosis (4, 126, 240, 296, 317, 806, 835, 1002, 1038, 1.070, 2.110, 2484, 5709, 5779, 5.893, 14.835, 18.200, 18.201, 18.267, 18.676, 18.726, 19.726, 19.810, 19.811, 19.825, 19.826, 19.827, 19.835), y paludismo (369, 373, 384,

409, 606, 703, 810, 921, 995, 2308, 2329, 2235, 2270, 2567, 2751, 3812, 3885, 3926, 8102, 9986, 16.099, 16.114, 16.192, 16.195, 16.360, 16.361, 16.362, 16.368, 16.418, 18.794, 18.976, 19.252, 27.672, 27.683, 27.689, 30.782,

-Copia de la Escritura de venta de los terrenos para emplazamiento del Hospital del Rey, firmado por D. Félix Eguiguren, propietario, y D. Manuel Martín Salazar, Inspector General de Sanidad. Madrid, 20 de Diciembre de 1.918.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

-Copia de la Escritura de venta de los terrenos adyacentes al Hospital del Rey por D. Buenaventura Muñoz y García Lomas, apoderado, y D. José Alberto Palanca y Martínez Fortún, Director General de Sanidad. Madrid, 16 de Febrero de 1.944.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

Libro de Actividades quirúrgicas del Hospital del Rey. Años 1.925-1.935. CHCHR.

-Material cedido por el Departamento de Arquitectura y Obras del I. S. Carlos III: planos de obras y reformas arquitectónicas del Hospital del Rey. Cedido por D. Francisco Fuster, arquitecto. Madrid, 1.997.

MARTÍN MERINO, Agustín, Los salvados de la quema, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

-Planos del proyecto de adaptación de los antiguos lavaderos para consultas externas en el Hospital del Rey de Chamartín de la Rosa. Arquitectos: Diego Reina y Francisco Fuster. Madrid, Julio 1. 975.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

-Planos del proyecto de despiojamiento en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Arquitecto Juan de Hoyos. Madrid, Abril, 1. 941.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

-Planos del proyecto de Capilla del Hospital del Rey. Arquitecto: José del Hoyo y Algar. Madrid, Diciembre, 1. 944.

Archivo General de la Administración. Sección Gobernación, Cajas 2849-3190.

-Planos del proyecto de unificación de los Pabellones Dócker del Hospital del Rey. Capilla del Hospital del Rey. Arquitecto José del Hoyo y Algar. Madrid, Abril, 1.941.

Archivo General de la Administración. Sección Gobernación, Cajas 2849-3190.

-Testimonio de Sor Dominica Vicente-Devesa, de la congregación de las Hijas de la Caridad. Madrid, 1.997. Cedido por la propia autora.

4.1.2 Impresas.

-Algunos Hospitales Modernos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año V, Pág. 104-117, Madrid, 1.922.

-BARTOLOMÉ, ALBERTO, Homenaje a Gregorio Baquero, un microbiólogo en la cabecera de los enfermos, *Diario Médico*, Madrid, 26 de noviembre de 2.003.

-BAQUERO GIL, Gregorio. *Laboratorio de retaguardia. (Diario de la guerra en Madrid. 1.936-1.939)*, Madrid: Ediciones La Palma, 1.997.

-Cincuentenario del Hospital del Rey. *Noticias Médicas*, Año IX, nº 2088, Madrid: Pág. 4-6, 26 de Junio de 1.975.

-Concurso de Proyectos para un dispensario antituberculoso y antivenéreo en Palencia, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año IX, Pág. 348-357, Madrid, 1.928.

-Conferencia del. Doctor Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Año IX, Madrid: Pág. 10-12, 3 de Julio de 1.975.

-Conferencia del Doctor Figueroa Egea: Antecedentes históricos del Hospital del Rey. Ejecutoria de una Institución. *Medicina de Madrid*, nº 7, Madrid: Pág. 9-16, Julio de 1.975.

-Conferencia del Profesor Ortiz de Landázuri con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Año IX, Madrid: Pág. 10, 3 de Julio de 1.975.

-CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986.

-DURAN DE COTTES, J. L., El Instituto de biología y sueroterapia IBYS, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año XI, Pág. 126-180, Madrid, 1.929.

-Entrevista con el Doctor Figueroa Egea. *Noticias Médicas*, Año IX, nº 2088, Madrid: 26 de Junio de 1.975.

-Entrevista personal a D. Agustín Martín Moreno, médico jubilado del Hospital del Rey. Madrid, 1.997.

-Gaceta de Madrid y Boletín Oficial del Estado, consultando los eventos legislativos de mayor importancia en relación con el Hospital del Rey en el primer cuarto de siglo XX.

-GARCÍA GUERETA, RICARDO, De Arquitectura Sanitaria, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año XI, Pág. 56-65, Madrid, 1.918.

-GARCÍA GUERETA, RICARDO, Los Sanatorios para niños pretuberculosos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año I, nº 3, Pág. 126-180, Madrid, 1.918.

-GARCÍA GUERETA, RICARDO, La hospitalización de los enfermos infecciosos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año II, Pág. 1-6, Madrid, Enero 1.919.

-GARCÍA GUERETA, RICARDO, La hospitalización de los enfermos infecciosos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año II, Pág. 29-32, Madrid, Enero 1.919.

-GARCÍA GUERETA, RICARDO, La hospitalización de los enfermos infecciosos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año II, Pág. 53-62, Madrid, Enero 1.919.

-GARCÍA GUERETA, RICARDO, La hospitalización de los enfermos infecciosos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año II, Pág. 81-89, Madrid, Enero 1.919.

-GÓMEZ SANTOS, Marino. Entrevista a Don Manuel Tapia Martínez, *Edica*, Madrid, 1.975.

-Homenaje a D. Ramiro Mallagray Rodríguez, con motivo de su jubilación. Madrid, 25 de Junio de 1971.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

-HOSPITAL DEL REY, *Reglamento para la Admisión de enfermos*, Madrid: Est. Tip. Sucesor de Nieto y Compañía, 1.925. Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

-MARTÍN SALAZAR, M, Comentarios a los presupuestos de Sanidad. Los Hospitales de epidemias, *Revista de Sanidad Militar*, Vol. 8, Pág. 219-223, 15 de Abril de 1.920.

-Memoria que la Junta Facultativa del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas eleva al Ilustrísimo Señor Subsecretario de Sanidad y Consumo, y al Ilmo. Sr. Subdirector General de la AISN sobre los antecedentes, situación actual y posibilidades de futuro del Hospital dentro del marco del anteproyecto de la Ley General de Sanidad. Madrid, Marzo de 1984.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

-MOLERO MESA, Jorge, Los Sanatorios para Tuberculosos, en: Historia de los Hospitales. Hospitales peculiares. *El médico*. Coleccionable nº 23, nº 501, 1.993.

-NOGUER Y MOLÍN, Luis, *Inmunidad e inmunoterapia: normas fisiopatológicas y clínicas para el tratamiento de las infecciones con vacunas, sueros y proteínas*, Barcelona: Ed. Científico Médica, 1.924.

ORIO, J. L., La reforma de Madrid, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año VII, Pág. 120-149, Madrid, 1.924.

PERERA PRAST, Arturo, Tratamiento quirúrgico de los abscesos pulmonares, en: *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estades, Pág. 125-161, 1.946.

- PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico*, Coleccionable nº 46, 1993.

RICO-AVELLO, C, El primer Director del Hospital del Rey, *Profesión Médica*, Junio, Pág. 4-5, 1.975.

-RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín. Instituto de Salud Carlos III. Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986.

-SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

-SUS DISCÍPULOS, *Veinticinco años de labor: Historia y bibliografía de la obra del Prof. Gregorio Marañón y del Instituto de Patología médica del Hospital de Madrid*, Madrid: Espasa Calpe, 1935.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Rectificación sobre tuberculosis Laríngea con motivo de la sesión de 5 de Junio de 1920, en: *Anales de la Real Academia de Medicina*, Tomo cuatrigésimo, Madrid: Real Academia de Medicina, 1920. Pág. 392.

-TAPIA MARTÍNEZ, M, BLANCO, J, *Tifus exantemático*, Madrid: Editorial S. Calleja, 1.921.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, La acción del Cloruro de Manganese sobre la producción de antitoxina diftérica, *Archivos del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII*, nº 3, Madrid, Octubre 1.924.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Estudios clínicos y experimentales sobre Inmunización activa contra la Difteria, *Archivos del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII*, nº 3, Madrid, Octubre 1.924.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, Discurso con motivo de la Sesión Necrológica del Académico Excmo. Sr. D. Juan Cisneros y Sevillano, celebrada el día 29 de Mayo de 1.925, en: *Anales de la Real Academia de Medicina*, Tomo cuatrigésimoquinto, Madrid: Real Academia de Medicina, 1.925. Pág. 424-428.

-TAPIA, M, *Profilaxis de la Difteria*, Madrid: Editorial Paracelso, 1.925.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, DE NICOLÁS, Arturo, Sobre la posible diferenciación serológica entre el Micrococcus Melitensis de Bruce y Bacilo Abortus de Bang. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, nº 268, Madrid 1.926.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, La Fiebre Exantemática mediterránea o Tifus benigno del verano. Folleto publicado en Madrid, 1.929. Aparecido en: Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad, Año IV, nº 10, Madrid, Octubre 1.929.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Estudio clínico de la epidemia de poliomiélitis en Madrid en 1.929*, Madrid. 1.930.

-TAPIA MARTÍNEZ, M, ORENSANZ, J, NAVARRO, R, *Tuberculosis Pulmonar*, Madrid: Ruiz Hermanos editores, 1.932.

TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, BUSTINZA, Pedro, TELLO VALDIVIESO, Francisco, Contribución al estudio de los procesos e Infiltrativos Pulmonares que simula la tuberculosis, *Revista Española de tuberculosis*, Madrid, 1.933.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, TELLO VALDIVIESO, Francisco, Sobre la Caseificación de las infiltraciones secundarias en la infancia. *Revista Española de tuberculosis*, Tomo 4, nº 5, Madrid, 1.933.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, GONZALEZ GIL, Urbano, JORDÁ, Rafael, Contribución al estudio del tratamiento de los procesos respiratorios agudos por el alcohol por vía endovenosa. *Anales de Medicina interna*, Separata, Tomo II, nº 8, Madrid, Agosto 1.933.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, TAPIA SANZ, José, El factor Atelectásico en la tuberculosis Pulmonar, *Anales de Medicina Interna*, Tomo III, nº 5, Madrid 1.934.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, TAPIA SANZ, José, *Procesos Gripales Pseudotuberculosos*, Madrid: 1.935.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Formas anatomoclínicas de la tuberculosis Pulmonar: Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Ed. Afrodisio Aguado, 1.941. 2 Volúmenes.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, HORTA VALE, Celso, Neumonías atípicas, infiltrados fugaces sucedáneos (Síndrome de Löffler) e infiltrados Hiperérgicos (Síndrome de Leitner), en: *Trabajos de la Estancia Sanatorial de Caramulo*, Porto: Ed. Lopes da Silva, 1.941.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Las formas anatomoclínicas, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis Pulmonar*, 2ª Edición Corregida y aumentada. Lisboa: Ed. Livraria Luso-Española, 1.945, 3 volúmenes.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Los procesos epituberculosos infantiles: concepto, clínica y relaciones con las infiltraciones y la Atelectasia*, 2ª edición. Madrid: Ed. Morata 1.945.

-TAPIA MARTÍNEZ, Manuel, *Sobre algunos aspectos de la tuberculosis infantil*. Lisboa: Livraria Luso-Española, 1.946. Separata de Livro conferencias de Pediatría.

-TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, 1.919.

-TORRES GOST, Juan, La Infección Tuberculosa: su evolución, *Revista Española de tuberculosis*, Tomo II, número 2, Madrid 1.931.

-TORRES GOST, Juan, Contribución al estudio de la Fisiología-Patológica de la fiebre tifoidea: La Cantidad de sangre circulante en el curso de las distintas modalidades clínicas de la misma, en: *Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

-TORRES GOST, Juan, Organización de la lucha contra la tuberculosis, *Revista Médica de Canarias*, Tenerife septiembre 1.934.

TORRES GOST, Juan, MONTERO, Eugenio, SOBRINI, Enrique, Los estigmatizados por la tuberculosis. *Medicina: Revista Mensual de Ciencias Médicas*, Año VI, Número 11, Noviembre 1.935.

-TORRES GOST, Juan, Problemas Médicos y Quirúrgicos que plantean las septicemias, en: *Ponencia general de las jornadas, Zaragoza: 26 al 30 de Septiembre en 1.943*.

-TORRES GOST, Juan, Examen funcional de la periferia en el tifus exantemático, en: *Libro de Actos de las jornadas Médicas Españolas celebradas en Barcelona del 4-7 de Mayo de 1.942*, Madrid: Bolaños y Aguilar, 1.943.

-TORRES GOST, Juan, *Fisiología y Patología Clínica*, en: *Ponencia General de las Jornadas: Problemas Médicos y Quirúrgicos que plantean las Septicemias*, Zaragoza: 1.943.

-TORRES GOST, Juan, *Fisiopatología clínica, Anatomía Patológica y Terapéutica del paludismo*. Madrid: Dirección General de la Sanidad, 1.944.

-TORRES GOST, Juan, Síndrome Ulcero Fibroso bilateral Post-Puberal de Etiología Tuberculosa, en: *Libro de Actas de las Jornadas Médicas Española celebradas en Zaragoza los días 26 al 30 de Septiembre de 1.943*, Zaragoza: Artes Gráficas Berdejo Casañal, 1.944.

-TORRES GOST, Juan, Tratamiento de la Meningitis Tuberculosa, *Revista Ibys*, número 1, Madrid, Enero-Febrero 1953.

-TORRES GOST, J, *Tratamiento de la Meningitis tuberculosa y de la tuberculosis pulmonar aguda*, Madrid: Espasa Calpe, 1.955.

-TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1.975.

-*Trabajos del Hospital del Rey. Vol. I (1.929-1.930)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.930.

-*Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Vol. II (1.930-1.931)*, Madrid: Ed. Paracelso, 1.931.

-*Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estados, 1.946.

-*Trabajos del Hospital del Rey. Vol. VI (1.945-1.946)*, Madrid: Ed. Estados, 1.947.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *La Desinfección final y la Desinfección en curso de las enfermedades infecto contagiosas: Indicaciones, Valor y Crítica de ambos procedimientos*, Madrid: Sociedad Española de Higiene, 1.928. Trabajo premiado en el concurso de Premios 1.927 de la Sociedad Española de Higiene por el Ministro de la Gobernación Martínez Anido.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, La cantidad total de proteínas del plasma sanguíneo en la tuberculosis Pulmonar, *Los Progresos de la Clínica*, número 218, Madrid 1.930.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *La fijación del complemento en la tuberculosis*, Madrid: 1.930.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, El diagnóstico biológico en la tuberculosis, Madrid: 1.931. Lección dada el día 14 de Marzo de 1.931 en el curso de Fimatología organizado por el Doctor Valdés Lambea.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, El aborto terapéutico en la tuberculosis Pulmonar, *Revista Mensual de Ciencias médicas*, año V, nº 5, .Madrid Mayo de 1.934.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Política de población. Problema eugenésico, *Revista de las Ciencias*, año IV, nº 4, Madrid 1.936.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, *Balance demográfico de un año de Guerra*, Valladolid: Imprenta Castellana, 1.939. Ministerio de la Gobernación. Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, CASTILLÓN MORA, Luis, Una epidemia de tifus exantemático o Murino observada en Madrid en 1939: estudio clínico y anatomopatológico, Madrid: 1.940. Comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Estado actual de la clínica de las enfermedades infecciosas: Patógena y terapéutica., Medicina, *Revista mensual de Ciencias Médicas*, Madrid Septiembre 1.941.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Tifus exantemático Murino y Histórico. Madrid: Imprenta de J. Cosano, 1942. Publicado en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Año XVI, nº 3 Mayo-Junio, 1.942.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, El diagnóstico de las enfermedades infecciosas, Valladolid: Gráficas Afrodisio Aguado. 1.942. Publicado con posterioridad en: *Clínica*, Boletín de la Academia de Internos, nº 6, Abril 1942.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Formas clínicas del tifus exantemático, *Medicina*, revista mensual de ciencias médicas, Enero 1.943.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, FIGUEROA EGEA, Juan, Diagnóstico de las Brucelosis: Trabajos del Hospital del Rey, Medicina, *Revista mensual de ciencia médicas*, Madrid 1.943.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, ORTEGA MERINO, Cristóbal, Tratamiento de la Meningitis Cerebro-Espinal epidémica. Trabajos del Hospital del Rey, Medicina, *Revista mensual de ciencias médicas*, Madrid 1.944.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Algunas aportaciones al problema del paludismo; el Organismo ante la infección, Revista Ibérica de Parasitología, Tomo IV, nº 1, Madrid Enero 1.944.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Tratamiento del tifus exantemático: trabajos del Hospital del Rey, Medicina, *Revista mensual de Ciencias Médicas*, Madrid, 1.944.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, Discurso sobre el síndrome Escalénico, 5ª sesión del 22 de Junio de 1.945, *Anales de la Real Academia de Medicina*. Tomo Sexagésimo primero, Madrid, 1.945, Págs. 180-181.

-VALLEJO DE SIMÓN, Antonio María, El período de incubación en las enfermedades infecciosas, Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. 1.945. Discurso de recepción del Académico electo, leído el 15 de Junio de 1.945; Contestación de José Palanca y Martínez Fortín.

ZAMORANO SANABRA, Luis, Lesiones fundamentales de la Leishmaniosis Visceral, en: *Trabajos del Hospital del Rey. Vol. V (1.939-1.945)*, Madrid: Ed. Estades, Pág. 639-647, 1.946.

4.2 Bibliografía secundaria.

-ÁLVAREZ SIERRA, L., *Historia de la Medicina madrileña*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, 1.952.

-ALVÁREZ SIERRA, L., *Los Hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: 1.968.

BATTISTA, R, Innovation and diffusion of health-related Technologies: a conceptual framework, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 5, Pág. 227-248, 1989.

-BAGUERA CERVELLERA, María José, *La tuberculosis y su historia*. Barcelona: Fundación Uriach, 1.992.

-BENÍTEZ FRANCO, B, *La tuberculosis. Estudio de la lucha contra esta enfermedad en España (1939-1949)*, Madrid: Patronato Nacional Antituberculoso, 1.950.

-BENEDICT, A, Blood examinations, *Medical Times*, Vol. 27, Pág. 321-324, 1899.

-BOSCH I MONEGAL, E, *El Hospital del Mar en la Historia de Barcelona. De las epidemias del siglo XIX a los Juegos Olímpicos de 1.992*, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, 1.992.

-BOSK, C, *Forgive and remember: managing medical failure*, Chicago: University of Chicago Press, 1979.

-BOSK, C, Occupational rituals in patient management, *New England Journal of Medicine*, Vol. 303, Pág. 71-76, 1980.

-BRAUNWALD, E. et al, *Principles of Internal Medicine*, XV edición, New York: McGraw Hill, 2.001.

-BRYDER, L, *Below the Magic Mountain: a social history of the tuberculosis in twentieth century Britain*. Oxford: Clarendon Press, 1.988.

-COLES, A, *The blood: how to examine and diagnose its diseases*, London: J. and A. Churchill, 1898.

-CORN J, *Imagining tomorrow. History, technology and the American future*, Cambridge: MIT Press, 1986.

-CRAIG, B, The role of records and of record-keeping in the development of the modern hospital in London, England, and Ontario, Canada, 1890-1940, *Bulletin of History of Medicine*, Vol 65, Pág. 376-397, 1991.

-CRHISTIAN, H, A critical estimation of the fermentation specific gravity method of quantitating sugar in dibetic urine, *Boston Medical and Surgical Journal*, Vol. 157, Pág. 178-181, 1907.

-CUMMER, C, *A manual of clinical laboratory methods*, Philadelphia: Lea and Febiger, 1926.

-DA COSTA, JC, *Clinical Hematology*, Philadelphia: P. Blakiston's Son, 1992.

-DA COSTA, JC, *A manual of modern surgery*, Philadelphia: W. B. Saunders, 1984.

-DAVENPORT, H, *Doctor Dock: Teaching and learning medicine at the turn of the century*, New Brunswick: Rutgers University Press, 1987.

-DAVIS A, *Medicine and its technology: an introduction to the history of medical instrumentation*, Westport: Greenwood Press, 1981.

-DOUGLAS M, *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*, London: Routledge and Kegan Paul, 1974.

-DUDEN, B, *The women beneath the skin; a doctor's patients in eighteen-century germany*, Cambridge: Harvard University Press, 1991.

- DUNHAM, H, *Diagnosis by X-rays, en: The story of clinical tuberculosis*, Baltimore: Williams and Wilkins, 1941.
- EHRlich, LAZARUS, *Histology of the blood*, Philadelphia: W. B. Saunders, 1905 (traducción al inglés del original en alemán).
- EWING, J, A study of the leucocytosis of lobar pneumonia, *New York Medical Journal*, Vol. 58, Pág. 713-718, 1893.
- GASKING E, *Investigations into generation, 1651-1828*, London: Hutchinson, 1967.
- GREENWOOD M, *Epidemiology, historical and experimental*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1932.
- GUENTER, B, WARNER, J, Reconstructing clinical activities: patient records in medical history, *Social History of Medicine*, Vol. 5, Pág. 183-205, 1991.
- HARVEY, M, *Science at the bedside: Clinical research in American medicine, 1905-1945*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1981.
- HERING, D. W, *A year of the X-rays, Popular science monthly*, New York: Ed. Western and Company, Vol. 50, Pág. 654-662, 1896.
- HIGGINS, F, Blood examination from the standpoint of the general Practitioner, *JAMA*, Vol. 38, Pág. 233-235, 1902.
- HOFFMAN, Frederick L, The statistical experience of the Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland, 1892-1911, *Johns Hopkins Hospital Reports*, Vol 17, Pág. 344, 1916.
- HOWELL, Joel D, *Technology in the hospital. Transforming patient care in the early twentieth century*, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1.995.
- HORSBY, John A, *The modern Hospital: its inspiration, its architecture, its equipment, its operation*, Philadelphia: Saunders, 1.914.

HUGHES, T, *American genesis: a century of invention and technological enthusiasm*, New York: Viking, 1989.

-JAMES W, TATTON-BROWN W, *Hospitals: design and development*, London: Architectural Press, 1986.

-JONES C, *The charitable imperative: Hospitals and nursing in ancien régime and revolutionayin France*, London: Routledge, 1989.

-JUCHAU, D, *Transitions in American medical therapy and the older patients, 1820-1920*, Ann Arbor: University of Michigan, 1993.

-KARSTEN, K, *Charts and Graphs: an introduction to graphic methods in the control and análisis of statistics*, New York: Prentice Hall, 1925.

KIPLE, K, et al, *The Cambridge World history of human disease*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 1063, 1.993.

-LANDY D, *Culture, disease and healing. Studies in medical anthropology*, New York: Macmillan, 1977.

-LIMAN GREENE, C, The serum test of Widal and the possibility of its application without microscopic examination, with a report of cases and demonstration of method, *Medical Record*, Vol. 5, 1896.

-LUDMERER, K, *Learning to heal: the development of American medical education*, New York: Basic Books, 1985.

-NAVARRO, Ramón, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunwerg editores, 2002.

-MACKENZIE, D, WAJCMAN, J, *The social shaping of technology: How the refrigerador got its hum*, Philadelphia: Milton keines, 1985.

-MACKINTOSH, Donald J, *Construction, equipment and management of a general hospital*, London: William Hodge & Comp, 1.916.

-MCNEILL W, *Plagues and peoples*, New York: Anchor, 1977.

-MARTIN, F, Conference on Hospital Standardization, *Bulletin of the American College of Surgeons*, Pág. 1-53, 1917.

-MARTINGDALE, JW, The value of the leucocyte count as a diagnostic aid, *Journal of the Medical Society of New Jersey*, Vol. 4, Pág. 329-332, 1907.

MAXEY, E, *The clinical importance of the examination of the blood*, *Medical Sentinel*, Tucson: Association of American Physicians and Surgeons, Vol. 8, Pág. 355-362, 1900.

MENDELSSOHN, E, *Creating form out of mass: the development of the medical record, en: Transformation and tradition in the sciences: essays in honor of I. Bernard Cohen*, New York: Cambridge University Press, Pág. 303-316, 1984.

-MINNIGERO, M, *La tuberculosis de las vías altas considerada especialmente desde el punto de vista clínico*, Madrid: Sáez hermanos, 1.934. Traducción del Alemán por los Doctores Tapia, R; Ager, E, y con prólogo de Tapia, M.

-MITCHELL S, *The early history of instrumental precision in medicine*, New Haven: Tuttle, Morehouse and Taylor, 1892.

-MOLERO MESA, Jorge, La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX, en: ATENZA, J, MARTÍNEZ, J, coord., *El centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Albacete: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Pág. 131-149, 2001.

-MOLERO MESA, J. Estudios médico-sociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y consumo. Colección textos clásicos españoles de la Salud Pública, nº 25, 1.987.

-MOLERO MESA, J. Francisco Moliner y Nicolás (1.851-1.915) y el inicio de la Lucha antituberculosa en España. *Asclepio*, nº 42, Pág. 253-280.

-MOLLAT, M, *Histoire des hopitaux en France*, Toulouse: Privat, 1982.

MORSE, Meter, *John Sloan's prints: a catalogue raisonné of the Etchings, lithographs and posters*, New Haven: Yale University Press, 1969.

-MOUAT J, SNELL H, *Hospital construction and management*, London: Churchil, 1883.

-OLLERO CAPRANI, José Manuel, *El Hospital del Niño Jesús de Madrid. 1.877-1.919*, Madrid: Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 1.991.

PFAHLER, George, The early history of roentgenology in Philadelphia: the history of the Philadelphia roentgen ray society, Part I: 1899-1920, *American Journal of Roentgenology*, Vol 75, Pág. 14-22, 1956.

-POYNTER N, *The evolution of hospitals in Britain*, London: Pitman medical, 1964.

-QUÉTEL C, *History of Syphilis*, Cambridge: Polity Press, 1990.

-REISER, J, Creating form out of mass: the development of the medical record, en: *Transformation and tradition in the sciences*, Cambridge: Cambridge University Press, Pág. 26, 1985.

-REISER, Stanley J, The science of diagnosis: Diagnostic Technology, en: *Companion Encyclopedia of the history of medicine*, London: Ed. Routledge, 1993.

-RICO-AVELLO, C., *Historia de la Sanidad Española (1.900-1.925)*, I edición, Madrid: Ed. Jiménez, 1.969.

-ROSEN, G, *The structure of American medical practice, 1820-1885*, Philadelphia: University of Pensilvania Press, 1986.

-ROSENBERG, C, *The care of strangers: the rise of America's Hospital system*, New York: Basis Books, 1987.

-RUSELL, L, *Technology in Hospital: medical advances and their diffusion*, Washington: Brookings Institution, 1979.

-RUTKOW, I, *The history of surgery in the United States: 1775-1900*, San Francisco: Norman Publishing, 1988.

-SHRYOCK, R, *The development of modern medicine*, Madison: University of Wisconsin Press, 1979.

-SIEGFRIED A, *Germ and ideas. Routes of epidemics and ideologies*, Edinburgh and London: Oliver and Boyd, 1965.

SIEVER, C, The prognostic value of the blood count, *Texas State medical Journal*, Vol. 4, Pág. 259-260, 1908.

-SINGER C, SINGER D, *The development of the doctrine of contagium vivum, 1500-1750*, London: edición privada, 1913.

-TAYLOR J, *Hospital and asylum architecture in England, 1840-1914: building for health care*, London: Mansell, 1991.

-THOMPSON, J. GOLDIN, G, *The Hospital: A Social and Architectural History*, London: Yale University Press, 1.975.

-ULCIRI, H, *Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar y laríngea*, Barcelona: Labor (Tall. Gráf. Ibero-Americanos), 1.935. Traducción de la segunda edición alemana por Torres Gost.

-VARIOS AUTORES, *Historia de Madrid*, Madrid: Ed. Espasa Calpe, 1.980. Pág. 1545-1596.

-VOGEL, M, *The invention of the modern hospital. Boston, 1870-1930*, Chicago: University of Chicago Press, 1980.

-WEISER, Mark, The computer for the Twenty-first century, *Scientific American*, Vol. 265, nº3, Pág. 94-194, 1991.

-WILLIAMS T, *A history of technology*, Oxford: Clarendon Press, 1978.

-WILSON, G, The practical value of blood counts, *Bristol Medico-Chirurgical Journal*, Vol. 21, Pág. 234-245, 1903.

-WINSLOW A, *The conquest of epidemic disease*, Madison: University of Wisconsin Press, 1980.

-WYLIE G, *Hospitals: their history, organization, and construction*, New York: 1877.

-ZULOAGA, Fernando, *Historia de la Tisiología en España*, Madrid: Tesis Doctoral, Universidad Central de Madrid, 1.961.

5 APÉNDICES.

5.1 PERSONAL.

5.1.1 PERSONAL DE ENFERMERÍA.

5.1.1.1 D. Julián Sauce Gómez. (Enfermero Mayor).

Este es uno de los cargos que aparece desde comienzos del Hospital. Así Don Julián, recibe su nombramiento el 28 de Julio de 1.925¹³⁵⁰. Pocos meses después, en virtud de Concurso y a propuesta del tribunal que juzga los ejercicios, Sauce es nombrado Enfermero Mayor del Hospital del Rey con plaza en propiedad¹³⁵¹.

En 1.932, el Director General de Sanidad, Don Marcelino Pascua Martínez le confirma en su cargo como Enfermero Mayor del Nacional de Enfermedades Infecciosas con el haber anual de 3.500 pesetas¹³⁵².

Siendo durante la Guerra Civil, Director del Hospital Don Juan Torres Gost, recibió el siguiente telegrama con fecha de 26 de Diciembre de 1.936:

“Al Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, del Subsecretario de Sanidad y Asistencia Social, desde Valencia. Sírvasse disponer urgente traslado a Valencia de Don Julián Sauce Gómez para preparación de sueros y vacunas en laboratorios de este ministerio”¹³⁵³.

Desde esa fecha, consta como cesado en su cargo.

5.1.1.2 D^a. María Luz Queipo Pérez (Enfermera).

¹³⁵⁰ Nombramiento firmado por el Subsecretario encargado del Despacho, Martínez Anido, con carácter interino hasta que se anuncie el oportuno concurso por exigirlo así las necesidades el servicio del Hospital del Rey y de acuerdo con la autorización concedida por el Directorio Militar. Don Manuel Tapia Martínez, Director del Citado Hospital certifica que Don Julián Sanz tomó posesión de su cargo el día 1 de Agosto de 1.925. El haber anual era de 3.000 pesetas con cargo al capítulo tercero, artículo sexto del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Sauce.

¹³⁵¹ Su Majestad Rey se ha servido nombrarle, por Real Orden de fecha de 23 de Septiembre de 1.925, Enfermero Mayor del citado Hospital de Chamartín de la Rosa. Título expedido por el Director General de Sanidad Murillo.

APHR. Ficha personal de Sauce.

¹³⁵² En dicha nota, aparece como perteneciente al Personal Subalterno afecto a los Servicios de Instituciones Sanitarias. Un año más tarde, su haber anual era ya de 4.000 pesetas, pasando en 1.934 a 4.500 pesetas.

APHR. Ficha personal de Sauce.

¹³⁵³ APHR. Ficha personal de Sauce.

El 8 de Enero de 1.925, se anuncia en la Gaceta de Madrid el concurso para cubrir plazas de enfermeras del Hospital del Rey. Una de las enfermeras que obtuvo plaza en esa ocasión fue Queipo¹³⁵⁴.

Durante la Guerra, siguió ejerciendo su labor en el Hospital, hasta la fecha de 1 de Mayo de 1.939. Es interesante comprobar que no sólo se llevó a cabo la revisión de la conducta político-social de los médicos, pues también los enfermeros sufrieron dichos Juicios. En 1939, el Juez Instructor Don Manuel Oñorbe fue el encargado de llevar a efecto dichas diligencias. El resultado de dicho proceso fue la separación definitiva del Servicio, con pérdida de todos los derechos de Queipo¹³⁵⁵.

No obstante, en Noviembre de 1.952, María Luz fue rehabilitada en el Escalafón de Enfermeras del Hospital del Rey, con derecho a volver a su plaza si estuviera vacante¹³⁵⁶. En marzo de 1.953, al producirse plaza vacante de Enfermera en el Hospital del Rey por pase a la situación de excedencia voluntaria de la titular del cargo, se nombra Enfermera del Hospital del Rey a María Luz Queipo. En Noviembre de 1.961, dicha enfermera se jubiló.

5.1.1.3 D^a Pilar Puentes Ortiz (Enfermera).

Fue nombrada Enfermera con carácter interino, el 31 de Diciembre de 1.925¹³⁵⁷.

El 18 de Marzo de 1.926, fue nombrada por Real Orden en virtud de Concurso, Enfermera del Hospital del Rey con plaza en propiedad, tomando posesión el 1 de Abril de 1.926¹³⁵⁸.

En Noviembre de 1.939, debido a su actuación durante la Guerra Civil, se acordó su separación definitiva del Servicio, con pérdida de todos sus derechos, de conformidad con la Ley

¹³⁵⁴ Su Majestad el Rey se ha servido nombrarla por Real Orden de 5 de Febrero de 1.925, enfermera del Hospital del Rey de Chamartín de la Rosa con el haber anual de 2000 pesetas, con cargo al capítulo tercero, artículo quinto del Presupuesto vigente. Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad Don Francisco Murillo. En 1.934, el Subsecretario de Sanidad y Asistencia Pública, Don José Pérez Mateos firma su ascenso al sueldo anual de 2.500 pesetas.

APHR. Ficha personal de Queipo.

¹³⁵⁵ En dicho proceso, se resaltó la pertenencia de este enfermera al Sindicato de la U.G.T. desde el 1 de Mayo de 1.933. También se le acusó de mal comportamiento con determinados enfermos partidarios del Movimiento, así como de ideología izquierdista. La separación del Servicio se resolvió el 22 de Noviembre de 1.939, de acuerdo con la Ley de 10 de Febrero de 1.939.

APHR. Ficha personal de Queipo.

¹³⁵⁶ Esto se produjo al tramitarse la revisión del expediente de depuración realizado en 1.939. La resolución de 1.952 fue tomada por el Juez Instructor Bravo.

APHR. Ficha personal de Queipo.

¹³⁵⁷ Nombramiento firmado por Don Francisco Murillo con el haber anual de 2.000 pesetas por Real Orden. Don Manuel Tapia Martínez, Director del Hospital del Rey certificó su toma de posesión en Chamartín de la Rosa el 9 de Enero de 1.925.

APHR. Ficha personal de Puentes Ortiz.

¹³⁵⁸ En Agosto de 1.934, ascendió al sueldo de 2.500 pesetas, quedando con firmada en el cargo de Enfermera del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

de 10 de Febrero de 1.939¹³⁵⁹.

5.1.1.4 D^a Heriberta García Tejedor (Enfermera).

Se incorporó al Hospital como Costurera en 1.928. Sin embargo, en Agosto de 1937 fue nombrada con carácter eventual enfermera¹³⁶⁰.

En los informes referentes a su conducta político-social, en la posguerra, se menciona siempre su buen comportamiento en el terreno profesional. Estuvo en relación con elementos Republicanos, pero parece que siempre actuó a favor de las personas de derechas ocultas en el Hospital. Durante la Guerra fue encargada del pabellón I¹³⁶¹.

Parece ser que Doña Heriberta, actuaba a veces como Enfermera Auxiliar, retornando cuando acababa esta función a su empleo como costurera. Probablemente durante la Guerra en 1.937, fue nombrada enfermera por necesidades de la labor asistencial. En 1.939, volvió a sus tareas de encargada de Servicio, comenzando a sacar la matrícula de enfermera. De hecho, en Diciembre de 1.940, pasó a ser nombrada Enfermera Auxiliar del Hospital del Rey¹³⁶².

Doña Heriberta finalmente fue nombrada Enfermera del Hospital del Rey con plaza en propiedad, con el haber anual de 3. 500 pesetas, el 4 de Noviembre de 1.942. En dicho nombramiento se tuvo en cuenta que la interesada había asistido a los enfermos infecciosos principalmente en las epidemias de viruela y tifus exantemático entre 1.939 y 1.941, con gran celo y competencia¹³⁶³.

APHR. Ficha personal de Puentes Ortiz.

¹³⁵⁹ En manifestaciones realizadas por Don Antonio Vallejo: “es elemento republicano activo, propagandista de izquierdas. Pertenecía a la U. G. T. desde Junio de 1.931”.

Firmado el 25 de Septiembre de 1.939.

Probablemente, este tipo de declaraciones que siempre venían firmadas por Vallejo, eran un resumen del conjunto de las declaraciones realizadas por diferentes testigos. El Doctor Vallejo se limitaba a pasarlas y resumirlas en un documento oficial que era el que se emitía al Juzgado de expedientes.

APHR. Ficha personal de Puentes Ortiz.

¹³⁶⁰ Nombramiento realizado por el Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad, con el haber anual de 2.500 pesetas, firmado en Valencia el 1 de Agosto de 1.937. Este nombramiento supuso su cese en el desempeño del cargo de Encargada de Servicio el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

APHR. Ficha personal de Heriberta García.

¹³⁶¹ Declaración firmada por Don Antonio Vallejo de Simón en Chamartín de la Rosa el 26 de Septiembre de 1.939. En un primer momento se acordó incoar expediente a la Doña Heriberta, acreditándole en nómina únicamente el 50 por 100 de sus haberes que, en cumplimiento de la Orden de la Vicepresidencia del Gobierno de 2 de Junio de 1.939. No obstante en 1.940 se acordó su admisión al Servicio sin imposición de sanción alguna. De hecho, en 1.941 tuvo lugar la devolución de la parte de los haberes que no había percibido.

APHR. Ficha personal de Heriberta García.

¹³⁶² Nombramiento firmado por Don Víctor María Cortezo, Director General de Sanidad. Por Orden de 29 de Mayo de 1.942, se convocó concurso de Méritos entre las Enfermeras tituladas para la provisión de una plaza de Enfermera vacante en el Hospital del Rey. El Tribunal juzgador del Concurso estuvo formado por el Director del Hospital del Rey y dos médicos del mismo.

APHR. Ficha personal de Heriberta García.

¹³⁶³ En 1.954, que Don Honorato Vidal Juárez, Jefe Clínico y Director Accidental del Hospital del Rey, certificaba

5.1.1.5 D^a. Julia Ulzurrun Echeverría (Enfermera)

Se incorporó al Hospital con el cargo de Costurera, en Octubre de 1.928. En agosto de 1.934, la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública, le confirmó en el cargo de Costurera del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con el haber anual de 900 pesetas.

En Febrero de 1.937, atendiendo a conveniencias del Servicio se le nombró con carácter interino Enfermera del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas¹³⁶⁴.

Desde la liberación de Madrid, prestó servicio en el Hospital como Enfermera auxiliar sin retribución alguna y asistiendo a la epidemia de tifus exantemático de 1.941 y 1.942; y a la de viruela de 1.939-40. Atendiendo a necesidades urgentes del Servicio, fue nombrada Enfermera del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con carácter interino el 1 de Agosto de 1.939¹³⁶⁵.

El 26 de Febrero de 1.940, se convocó una prueba de actitud para proveer siete plazas de enfermeras en el Hospital del Rey. En esa prueba de suficiencia y selección, se nombró a doña Julia Enfermera del Hospital del Rey con plaza en propiedad, el 31 de Octubre de 1.940¹³⁶⁶.

5.1.1.6 D. Teófilo García Gutiérrez (Enfermero).

Figura como Mozo de Servicio del Hospital desde Agosto de 1.934. En Febrero de 1.937, se le confirma en el cargo con carácter interino, atendiendo a conveniencias del Servicio¹³⁶⁷. Ese mismo año, unos meses más tarde, el Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, solicitó el nombramiento de Don Teófilo como Enfermero, ya que existía una plaza

que Doña Heriberta, enfermera, venía prestando sus servicios en el Hospital desde Diciembre de 1.928, residiendo en el mismo en calidad de interna, habiendo observado siempre una excelente e inmejorable conducta profesional y particular.

APHR. Ficha personal de Heriberta García.

¹³⁶⁴ Nombramiento firmado en Valencia, el 18 de Febrero de 1.937 por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Don Juan Torres Gost certificó su toma de posesión con efectividad de 1 de Enero de 1.937, como Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

APHR. Ficha personal de Julia Ulzurrun Echevarría.

¹³⁶⁵ Nombramiento firmado por el Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, Don José Palanca, con el haber anual de 2.500 pesetas.

APHR. Ficha personal de Julia Ulzurrun Echevarría.

¹³⁶⁶ Nombramiento firmado por Don Palanca, Director General de Sanidad. Don Antonio Vallejo Simón, Director del Rey, certificaba su toma de posesión como Enfermera, con el haber de 3.500 pesetas el 1 de Noviembre de 1.940. En esa convocatoria, también fueron nombradas enfermeras: Francisca Elías Álvarez, María Cruz López Lumbreras, y Soledad Chaos López.

APHR. Ficha personal de Julia Ulzurrun Echevarría.

¹³⁶⁷ Nombramiento firmado en Valencia el 15 de Febrero de 1.937, por Don Francisco Aumatell, con el haber anual de 2.000 pesetas.

APHR. Ficha personal de García Gutiérrez.

vacante.

El Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad, antes de acceder a tal petición, quiso que se identificase el nombre del titular de la misma plaza vacante. Así con fecha de 3 de Agosto de 1.937, se recibió en la Dirección del Hospital del Rey el siguiente escrito desde Valencia:

“En los antecedentes que obran en esta Sección de Personal aparecen cubiertas la siete plazas de Enfermeros de ese Hospital, dotadas en presupuesto con 3.000 pesetas, por: José Martínez García, Eulogio Fernández Bejarano, Florencio Len García, Clemente González Pérez, Daniel Monteagudo Quiroga, Basilio Gutiérrez y Alejandro Vega Martín. Siendo por tanto indispensable para atender su propuesta a favor de Don Teófilo García para una de dichas plazas, que por esa Dirección se comunique a este centro el enfermero que ha dejado de prestar servicio para ordenar su cese”¹³⁶⁸.

En 1.939, Teófilo Martínez fue confirmado en su cargo de Enfermero del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con carácter interino y con el haber anual de 3.000 pesetas atendiendo a conveniencias urgentes del Servicio¹³⁶⁹.

5.1.1.7 D. Manuel Carmona Delgado (Practicante).

Ingresó como Practicante en el Hospital del Rey en virtud de Concurso-Oposición, el 23 de Septiembre de 1.925, prestando sus servicios en el Pabellón de tuberculosis¹³⁷⁰.

En 1.927, se volvió a presentar a un concurso-Oposición mediante el cual fue nombrado Practicante de la Enfermería Victoria Eugenia para tuberculosos¹³⁷¹.

¹³⁶⁸ Don Juan Torres Gost, contestó que Alejandro Vega Martín, por encontrarse en uso de licencia estaba sin prestar servicios y sin poder presentarse. Por lo tanto por necesidades del Servicio, ya que en esa época a partir de Junio de 1.937 había aumentado considerablemente la población enferma, era necesario ocupar dicha vacante, proponiéndose en su lugar a Don Teófilo García Gutiérrez, con carácter provisional.

Firmado en Chamartín de la Rosa el 11 de Agosto de 1.937.

APHR. Ficha personal de García Gutiérrez.

¹³⁶⁹ Nombramiento realizado por el Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, Don José Palanca, el 1 de Agosto de 1.939. No obstante, Don Teófilo García desempeña según los años, diversos oficios: en 1.943 figura como Mozo de Servicio; y en 1.945, figura como Ayudante de Jardinería.

APHR. Ficha personal de García Gutiérrez.

¹³⁷⁰ Nombramiento como Practicante segundo del Hospital del Rey, por Real Orden, firmado por el Subsecretario Encargado del Despacho del Ministerio de la Gobernación del Reino en Madrid el 23 de Septiembre de 1.925, Martínez Anido, con el haber anual de 2.000 pesetas.

APHR. Ficha personal de Carmona.

¹³⁷¹ Nombramiento mediante Real Orden firmado el 18 de Marzo de 1.927 por el Director General de Sanidad, Don Francisco Murillo, con el haber anual de 2.500 pesetas. Lógicamente, esto supuso su cese en el cargo del Hospital del Rey. Ese mismo día Don José de Palacios y Olmedo, Director de la Enfermería Victoria Eugenia para Tuberculosos certificó su toma de posesión. En Abril de 1.932, el Ministerio de la Gobernación le confirmó en el cargo como

No obstante parece ser que inmediatamente después de Diciembre de 1.939, Don Manuel Carmona pasó a desempeñar sus tareas de nuevo en el Hospital del Rey¹³⁷².

5.1.1.8 D. Felipe Solorzano García (Practicante).

Se incorporó al Hospital el 18 de Marzo de 1.927. Se le nombró Practicante del Hospital del Rey con carácter interino mediante Real Orden, con el haber anual de 2.000 pesetas. Dicho nombramiento tendría validez hasta que esa plaza fuera provista en propiedad mediante Concurso-Oposición. De hecho, el 28 de Abril de 1.927, Don Felipe, pasó a ser Practicante del Hospital del Rey en propiedad en virtud de Concurso-Oposición¹³⁷³.

Trabajó en el Hospital del Rey hasta el fin de la Contienda. Su colaboración con el Gobierno Republicano fue la causa de su separación definitiva del Servicio con pérdida de todos sus derechos¹³⁷⁴. No obstante, su proceso sufrió revisión en 1.942 y en 1.954¹³⁷⁵.

5.1.1.9 D^a. África Veloso Lozano (Instructora de Sanidad).

Se incorporó al Hospital como Enfermera el 1 de Septiembre de 1.933. En 1.934, el Ministerio de Trabajo Sanidad y Previsión, la nombró Instructora de Sanidad, en Comisión de Servicio en el Hospital del Rey¹³⁷⁶.

Practicante de la Enfermería para Tuberculosos de Chamartín de la Rosa, como perteneciente al Personal Subalterno afecto a los servicios de Instituciones Sanitarias. Nombramiento firmado por el Director General Marcelino Pascua.

APHR. Ficha personal de Carmona.

¹³⁷² Así consta en certificado firmado por Don Antonio Vallejo Simón, Director del Hospital del Rey, en Chamartín de la Rosa, el 7 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Carmona.

¹³⁷³ El 15 de Abril de 1.932, el Ministerio de la Gobernación le confirmó en el cargo como Practicante del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas como perteneciente al Personal Subalterno afecto a los Servicios de Instituciones Sanitarias. Esta confirmación en el cargo probablemente obedece a una reestructuración en las denominaciones del Personal perteneciente a Instituciones Sanitarias. En los dos años siguientes, siguió ejerciendo como Practicante del Hospital, con ascensos de sueldo de 3.000 pesetas y 4.000 pesetas respectivamente.

APHR. Ficha personal de Solórzano.

¹³⁷⁴ “Formó parte del segundo Comité del Hospital. En Marzo de 1.937, marchó como comisario político a un Hospital Militar Republicano. Se cree que perteneció al partido Comunista. Sin embargo no se tienen datos concretos sobre hechos criminosos en la casa”.

Declaraciones realizadas por Sobrini en Noviembre de 1.939.

Se acordó su separación definitiva del Servicio, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de 10 de Febrero de 1.939, el 8 de diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Solórzano.

¹³⁷⁵ En ese último año, las declaraciones de Don Juan Torres Gost eran las siguientes: “el que suscribe conocedor de su conducta por convivencia con él en el servicio durante 10 años, no cree que haya cometido ningún acto en perjuicio de las personas a su cargo. En el tiempo que estuvo en el hospital durante la Guerra, estuvo siempre correcto”.

APHR. Ficha personal de Solórzano.

¹³⁷⁶ Nombramiento realizado por Pérez Mateos, Subsecretario del Ministerio, con efectividad de 1 de Julio de 1.934 y el haber anual de 3.000 pesetas.

En la posguerra, siguió prestando su servicio en el Hospital sin que se le impusiera sanción alguna, de acuerdo con la Ley de 10 de Febrero de 1.939¹³⁷⁷. En 1.942, África Veloso seguía prestando los servicios como Instructora de Sanidad, y desempeñando su labor en el Laboratorio del Hospital del Rey, en Comisión de Servicio¹³⁷⁸.

APHR. Ficha personal de África Veloso.

¹³⁷⁷ En nota certificada por Vallejo, Director del Hospital del Rey, calificaba como favorables a la Causa Nacional, a numerosas personas que trabajaron durante la Contienda en el Hospital:

-Enfermeras: Francisca Elías Álvarez, Carmen Moreno Medina, Aurora Hernández Pérez, Piedad González González, Epifanía Ceballos Hernández, María Díaz Sánchez, Tomasa Fernández Sierra, Josefa Pérez Sánchez.

-Cocineras: Joaquina Alonso Calvo, Vicenta Fernández Sierra.

-Subalternas: Tomasa Fructuosa Martín, María Cruz López Lumbreras, Ramona Álvarez López, Bernardina Carreño García, Josefa Villamarín González.

Firmado en Chamartín de la Rosa, el 23 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de África Veloso.

¹³⁷⁸ En Julio de 1.946 en aplicación de la Ley de 27 de Abril de ese año, que modificaba de la plantilla de instructoras Sanitarias, se promovió a Doña África en corrida reglamentaria de escala al empleo de Instructora de Sanidad con el haber anual de 5.000 pesetas, disponiendo que continuase en el destino que desempeñaba del Hospital del Rey.

APHR. Ficha personal de África Veloso.

5.1.2 OTRAS PROFESIONES.

Es nuestra intención hacer un pequeño esbozo de todas las profesiones presentes en el Hospital desde su inicio. Es lógico que se haga más hincapié en los profesionales sanitarios, pero también entra dentro de la historia de un Hospital la mención de todas las tareas, sin las cuales no podría funcionar una institución sanitaria.

5.1.2.1 D. José Gallego Vega (Capellán del Hospital).

Según los antecedentes que obran en el Archivo de Personal del Hospital, Don José, fue nombrado capellán de la Enfermería Victoria Eugenia para tuberculosos el 22 de Febrero de 1.930, con la gratificación anual de 1250 pesetas. Cesó en dicho cargo el 6 de Febrero de 1.931, por haber sido nombrado capellán del Hospital del Rey con el haber anual de 2.500 pesetas.

Con el advenimiento de la República fue declarado cesante. Según los informes recogidos, al venir la República había dos capellanes en el Hospital: Don José Gallego, que percibía sus haberes con cargo al presupuesto del Estado, y Don José María Somoano, que percibía sus haberes de los fondos de enfermos distinguidos del Hospital. Ambos sacerdotes, fueron expulsados, cumpliendo órdenes de la República. Don José María Somoano falleció pocos meses después.

El servicio religioso siguió desempeñándose durante la República por Don Matías Pascual, celoso Sacerdote que se comportó con extraordinaria abnegación cuidando los intereses espirituales del Hospital. Su retribución provenía de una suscripción realizada entre las Hermanas y el personal de derechas del Hospital¹³⁷⁹.

Don José Gallego era uno de los Capellanes propietarios del Hospital Nacional, de cuyo cargo fue despedido, como todos los clérigos que desempeñaban destino en las dependencias del Estado. Sin embargo, se le reconoció su propiedad y posesión, y se le asignaron haberes de excedente forzoso que pudo disfrutar hasta el mes de Septiembre de 1.936. En ese mes, fue detenido en su domicilio, y tras ser llevado a la comisaría de Buenavista fue conducido a la Cárcel Modelo, donde permaneció hasta el 16 de Noviembre de 1.936. En esa fecha, fue trasladado a la Cárcel de Ventas, donde estuvo hasta el 16 de Marzo de 1.937, sufriendo nuevo traslado a la prisión de Duque de Sexto acabando en el Seminario Prisión-Campo de trabajo de

¹³⁷⁹ Informe realizado por el Director del Hospital del Rey, Don Antonio María Vallejo Simón, y firmado en Chamartín de la Rosa el 29 de Agosto de 1.939.
APHR. Ficha personal de D. José Gallego.

Orihuela el 3 de Noviembre de 1.937. El 18 de Noviembre de 1.938, fue puesto en libertad¹³⁸⁰.

El caso de este presbítero ilustra que los Juicios arbitrarios se dieron antes y después de la Guerra. Los datos del Juicio con fecha de 1.937 son los que siguen:

“Gallego Vega, José. Edad, 60 años. Estado, soltero. Profesión, Sacerdote. Preso en Ventas.

Naturaleza de las diligencias: desafección al Régimen.

Incoación de las mismas: el 8 de Marzo de 1.937, con el número 5.725, remitidas al Juez número dos en la misma fecha.

Sentencia de 14 de Abril de 1.937: Dos años de campo de trabajo y por su edad solamente privación de libertad y tres años de privación de derechos políticos”¹³⁸¹.

En la Posguerra, dada la naturaleza del Hospital del Rey y la necesidad imprescindible de un servicio de Capellanes de Guardia, el Director Don Antonio Vallejo de Simón, solicitó a la Dirección General de Sanidad el nombramiento de dos capellanes como mínimo, lo que conllevaba la reincorporación de Don José Gallego.

5.1.2.2 D. José Somoano Verdasco (Capellán del Hospital del Rey).

Constan pocos datos sobre él, pero nos interesa recalcarlo pues la figura religiosa del capellán del Hospital existe desde los principios del mismo. En el caso de Don José Somoano, su nombramiento se hace de manera oficial el 28 de Febrero de 1.931¹³⁸², para el cargo de Capellán de la Enfermería Victoria Eugenia de Chamartín de la Rosa. Aunque no consta su nombramiento en el Hospital del Rey, probablemente fuese Capellán de las dos instituciones.

Por ser un cargo eclesiástico, en este caso era necesario la aceptación por parte del Señor Obispo del nombramiento, y así el Vicario General de la Diócesis de Madrid-Alcalá, acepta el nombramiento de Don José Somoano concediéndole las licencias necesarias para el ejercicio del cargo con fecha de 18 de Abril de 1.931.

¹³⁸⁰ Documento firmado por Don José Gallego el 6 de Julio de 1.931 en Madrid.
APHR. Ficha personal de D. José Gallego.

¹³⁸¹ Documento firmado por Don José Gallego el 6 de Julio de 1.931 en Madrid.
APHR. Ficha personal de D. José Gallego.

¹³⁸² Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad, Palanca, y dirigido al Director de la Enfermería Victoria Eugenia de Chamartín de la Rosa, con la gratificación anual de 1.250 pesetas, que percibirá con cargo al capítulo tercero, artículo 14, sección sexta del Presupuesto vigente, cesando Don José Gallego Vega, que venía desempeñando el cargo.
APHR. Ficha personal de Somoano.

Don José Somoano Verdasco, se mantuvo poco tiempo en su nombramiento como Capellán, pues en ejecución de la vigente Ley de Presupuestos del año de 1.932, el Ministerio de la Gobernación dispone el cese del cargo que venía desempeñando¹³⁸³.

5.1.2.3 D. Eugenio Vázquez Caballero (Administrador del Hospital).

Aunque en los documentos de Personal consultados, sólo hay referencias suyas desde 1.939, nos consta que se incorporó al Hospital desde su fundación¹³⁸⁴.

En Noviembre de 1.939, cesó en su cargo de Administrador del Hospital del Rey pasando a desempeñar sus servicios en la Jefatura de la Dirección General de Sanidad¹³⁸⁵.

Durante la Guerra Civil probablemente se ausentó de su puesto del Hospital, por motivos políticos¹³⁸⁶.

5.1.2.4 D. Eduardo Bartus Loreto (Dibujante de Laboratorio).

Atendiendo a las necesidades del servicio, fue nombrado Dibujante de Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas el 27 de Abril de 1.937, con el haber anual de 1.500 pesetas¹³⁸⁷.

5.1.2.5 D. Alejandro Gómez Ortega (Barbero).

En 1.932, ya figuraba como Personal del Hospital del Rey. En ese momento, remitió una instancia, en solicitud de que le fuera aumentada su remuneración que percibía como Barbero del Hospital. Asimismo pedía ser incluido dentro de la plantilla del Personal del Hospital como Barbero. La Dirección General de Sanidad no accedió a esta última petición por oponerse a ello el criterio de considerar como contratos de trabajo los Servicios Auxiliares Subalternos. Esto sin

¹³⁸³ Documento firmado en Madrid, el 15 de Abril de 1.932, por el Director General de Sanidad, Pascua y dirigido al Director de la Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa.

APHR. Ficha personal de Somoano.

¹³⁸⁴ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 28, 1.975.

¹³⁸⁵ Pasó a desempeñar el puesto de Jefe de Contabilidad en la Dirección General de Sanidad, con sede en la Plaza de España. Continuaba siendo Jefe de Negociado de Primera clase.

APHR. Ficha personal de Vázquez.

¹³⁸⁶ “Su ideología política era de derechas, y adicto al Movimiento desde el primer momento”.

Declaración firmada por el Director del Hospital del Rey, Don Antonio Vallejo de Simón, en Madrid el 24 de noviembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Vázquez.

¹³⁸⁷ Nombramiento firmado por Mestre, subsecretario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en Valencia en dicha fecha. El 13 de Mayo de 1.937, don Juan Torres Gost certificaba su toma de posesión con el haber anual de 1.500 pesetas.

menospreciar la importancia que dichos servicios tenían dentro de cada institución sanitaria¹³⁸⁸.

En Agosto de 1.934, fue confirmado en el cargo de Barbero del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con el haber anual de 960 pesetas. Y en Febrero de 1.937, de acuerdo con la práctica habitual de confirmación de cargos, atendiendo a necesidades del servicio fue nombrado con carácter interino Barbero del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas¹³⁸⁹. Realizó su labor como Barbero en los cuatro pabellones del Hospital.

En la posguerra, Don Alejandro Gómez reconocía haber pertenecido al Sindicato de Hospitales U.G.T. con fecha de ingreso de 1 de Julio de 1.936. Sabemos que como otros muchos funcionarios, tuvo que solicitar dicho ingreso por razones de presiones políticas¹³⁹⁰. Como consecuencia de todo esto, se acordó la incoación de expediente en virtud de la ley de 10 de Febrero de 1.939, pasándose a acreditar únicamente el cincuenta por cien de su haber¹³⁹¹. No obstante, con fecha de 6 de Marzo de 1.940, se acordó su admisión al Servicio sin imposición de sanción alguna, pasando a percibir la totalidad de su haber.

En el caso del pago del Barbero, es curioso que dependiendo del servicio prestado, el precio variase. La economía del Hospital no podía permitirse la picaresca en el cobro del corte de pelo por parte del Barbero y constan reclamaciones hechas desde Dirección por este motivo.

Por ejemplo, el 25 de Septiembre de 1.946, se presentaron en el Despacho del Administrador la Hermana de la Caridad Sor Olvido Rúa acompañada del enfermo, Segundo Gordo. El enfermo se quejaba del Barbero porque le había cortado el pelo a rape. Además le había exigido una peseta por hacerle el corte en forma adecuada¹³⁹². Por este motivo se le impuso

APHR. Ficha personal de Bartus Loreto.

¹³⁸⁸ Documento firmado por Don Marcelino Pascua, Director General de Sanidad en Madrid el 17 de Noviembre de 1.932.

APHR. Ficha personal de Alejandro Gómez.

¹³⁸⁹ Documento firmado en Valencia el 15 de Febrero de 1.937 por el encargado del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Don Juan Torres Gost Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, certificó su toma de posesión el 22 de Febrero de 1.937 con el haber anual de 1.500 pesetas.

APHR. Ficha personal de Alejandro Gómez.

¹³⁹⁰ En declaraciones del Alcalde de Madrid de Mayo de 1.939: era apolítico, observando buena conducta.

Don Antonio Vallejo Simón, Director del Hospital del Rey, opinaba que Don Alejandro Gómez era políticamente anodino, aunque no afecto a las derechas ni al Movimiento Nacional.

Documento firmado en Chamartín de la Rosa el 13 de Abril de 1.939 por Don Alejandro Gómez.

APHR. Ficha personal de Alejandro Gómez.

¹³⁹¹ Documento firmado por Don Antonio Vallejo Simón en Chamartín de la Rosa el 8 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Alejandro Gómez.

¹³⁹² Don Alejandro Gómez, no tiene más remedio que defenderse diciendo que fue requerido por el enfermo que iba a ser dado de alta para hacer un corte a raya, pues quería salir en condiciones. Esto evidentemente no había sido mandado por la superioridad.

“Por tanto, por ser un trabajo a petición del enfermo, no se me ocurrió cobrarle las tres pesetas que se suelen pagar, pero sí le exigí una peseta para la conservación del material. Reconozco que si hice una reclamación de mi servicio por valor de una peseta, no fue con la intención de perjudicar la honorabilidad del establecimiento, ni tampoco por lucro excesivo, pues recuerdo al Señor Director que mis haberes en el Hospital son de 117 pesetas mensuales. Así es que manifestadas dichas razones, suplico al Señor Director me sea perdonada dicha falta, y dicte las normas a seguir

al Barbero una sanción de cinco días de haber.

5.1.2.6 D. Luis González (Relojero).

Si algo caracteriza al Hospital del Rey, es la presencia del reloj en el edificio de Laboratorio Por ese motivo, hemos querido dejar constancia de la persona que se hacía cargo de la oscura labor de mantenimiento de dicho aparato.

Por los documentos a los que hemos accedido, Don Luis González, fue confirmado en el cargo de Relojero del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas el 6 de Agosto de 1.934¹³⁹³.

En Febrero de 1.937, fue vuelto a ser nombrado como Relojero del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con carácter interino y con el haber anual de 600 pesetas¹³⁹⁴.

En Octubre de 1.944, Don Luis González fue dado de baja, siendo sustituido por Don Jesús González Montes.

5.1.2.7 D. Luciano Martín Sáez (Fotógrafo).

Fue confirmado en el cargo de fotógrafo para el Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, con el haber anual de 1.500 pesetas en concepto de jornal¹³⁹⁵.

Desde Valencia, el 15 de Febrero de 1.937, fue nombrado con carácter interino Fotógrafo del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, con haber anual de 1.500 pesetas¹³⁹⁶.

pues desde hace 21 años trabajo en el Hospital y todavía las desconozco."

Declaración realizada por Don Alejandro, en Chamartín de la Rosa el 1 de Octubre de 1.946.

APHR. Ficha personal de Alejandro Gómez.

¹³⁹³ Documento firmado por el Subsecretario de Sanidad y Asistencia Pública, con el haber anual de 480 pesetas en concepto de jornal. Don Manuel Tapia Martínez, Director del Hospital, certificó la toma de posesión del Relojero el 1 de Julio de 1.934.

APHR. Ficha personal de Luis González.

¹³⁹⁴ Documento firmado por Don Francisco Aumatell, encargado del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en Valencia el 15 de Febrero de 1.937. Don Juan Torres Gost, Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, certificó su toma de posesión el 22 de Febrero de 1.937.

APHR. Ficha personal de Luis González.

¹³⁹⁵ Nombramiento realizado el 6 de Agosto de 1.934 por el Subsecretario de Sanidad y Asistencia Pública. Don Manuel Tapia Martínez certificó su toma de posesión ese mismo día.

APHR. Ficha personal de Luciano Martín.

¹³⁹⁶ Nombramiento firmado por Don Francisco Aumatell del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Don Juan Torres Gost, Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas certificó su toma de posesión el 22 de Febrero de 1.937 en el cargo de fotógrafo.

APHR. Ficha personal de Luciano Martín.

5.1.2.8 D. Lorenzo Pinedo Caballero (Mozo de Servicio).

No consta en que año se incorporó al Hospital, pero en Agosto de 1.934 se le confirma en el cargo de Mozo de Servicio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con el haber anual de 2.000 pesetas.

En mayo de 1.937, existe un documento de Don Juan Torres Gost en el cual se dice:

“Que Lorenzo Pinedo, empleado de este Centro, dependiente del Ministerio de Sanidad, viene prestando sus servicios el mismo, en concepto de Mozo, considerando esta Dirección que son necesarios”¹³⁹⁷.

Muchas veces estos certificados tenían como misión el evitar que el interesado se tuviese que incorporar a las filas del ejército republicano.

Durante la Guerra Civil Don Lorenzo prestó sus servicios en el Hospital. Al final de la misma, fue acusado de formar parte del primer Comité Revolucionario del Hospital, instruyéndosele expediente, de lo que resultó su separación del Servicio, con pérdida de todos los derechos, de conformidad con la Ley de 10 de Febrero de 1.939. No obstante, en 1.955 se revisó este expediente¹³⁹⁸.

5.1.2.9 Otros.

Es evidente que las personas citadas hasta aquí, son sólo una pequeña muestra del personal subalterno del Hospital del Rey. Existen documentos como la Ley de Presupuestos vigente en 1.934, por la que podemos conocer la totalidad del personal subalterno y sus honorarios del Hospital del Rey¹³⁹⁹.

¹³⁹⁷ Certificado firmado por el Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas en Chamartín de Rosa, el 30 de Mayo de 1.937.

APHR. Ficha personal de Pinedo Caballero.

¹³⁹⁸ “Don Lorenzo Pinedo prestó sus servicios de mozo de Servicio en el Hospital durante el Movimiento Nacional, sin que durante este tiempo dejara de acudir puntualmente a su trabajo, sin distinguirse en ninguna de las revueltas políticas o revolucionarias de aquellos tiempos y sin que se le pueda atribuir ningún acto punible. No realizó ningún acto violento contra personas u objetos de este Hospital, ni se recuerda actuación perjudicial para sus compañeros”.

Declaración del Doctor Torres Gost

APHR. Ficha personal de Pinedo Caballero.

¹³⁹⁹ D. Francisco Moreira, Cocinero Primero, con el haber de 4.000 pesetas anuales.

D. Eliseo Ferreiro, Cocinero Segundo, con el haber de 3000 Pts/año.

D. Celestino Fernández, Cocinero Ayudante.

Doña Joaquina Alonso, Doña Paula López, Doña María González y Doña María Fernández, Cocineras.

D. Daniel Monteagudo, Don Florencio Lem, Don Basilio Gutiérrez, Don José Encinas, Don Teófilo García, Don Lorenzo Pinedo, Don Sandalio Ibáñez y Don José osé Ibáñez, como Mozos de Servicio.

Como curiosidad, la diferencia de salarios es notable, siendo el mayor el correspondiente al Cocinero Primero de 4.000 pesetas anuales (la mitad de lo que ganaba en 1.925 el Director del Hospital el Doctor Tapia), y correspondiendo la menor cuantía a la Relojera con 480 pesetas anuales.

Don Juan Gallego y Doña Baleriana Paredes como Mozos del Servicio de Cadáveres.
Doña Angela Sanz, Doña Francisca Elías, Doña Natividad Ovejero, Doña María Heras, Doña Elisa Montejano, Doña Soledad Sánchez y Doña Julia Ulzurrun, como Costureras.
Don Teodoro Cabestrero como Mozo para el cuidado de Animales de Experimentación.
D. Andrés Alonso y Don Fernando Camero como Ayudantes de Jardinería. Don Luciano Martín como Fotógrafo de Laboratorio. Doña Concepción del Valle como Dibujante del Laboratorio.
Don Federico Martín como Albañil, Don Lorenzo Sauce como Carpintero, Don Juan Morales como Electricista.
Don Francisco Sánchez como Fontanero, Don Domingo Moral y Don José Moreira como Encargados del Teléfono, Don Alejandro Gómez como Barbero, y Doña Luisa González como Relojera.
Gaceta de Madrid, nº 227, Pág. 1505, 15 de Agosto de 1.934.

5.1.3 HIJAS DE LA CARIDAD.

No sabemos qué situación existía en los años previos a la Guerra Civil, pero existe un documento en el que la Visitadora de las Hijas de la Caridad, con fecha de 1.940, solicita a la Dirección General de Sanidad la modificación de los contratos en todos los establecimientos dependientes de la Dirección General de Beneficencia y Dirección General de Sanidad. Se pide, en concreto, la modificación de las cláusulas que se refieren a las relaciones de las Hijas de la Caridad con el Cuerpo de Enfermeras¹⁴⁰⁰.

En ese momento, las Hijas de la Caridad que prestaban sus servicios en el Hospital del Rey percibían 60 pesetas mensuales. En 1.935, estas remuneraciones habían sido suprimidas del Presupuesto. Después de la Guerra Civil, fueron restablecidas y modificadas de nuevo en julio de 1.940. Se pedía por tanto, una mejoría de las condiciones económicas, teniendo en cuenta la carestía de la vida y dado que con la asignación anterior no era posible que pudieran atender a las necesidades de vestuario y gastos de culto, que corrían a cargo de las propias religiosas.

La solución a esta cuestión no nos consta, pero nos ayuda a comprender que por parte de la Sanidad de la época, se trataba por separado la labor de enfermería de las Hijas de la Caridad con respecto al Cuerpo de Enfermeras.

Sor Engracia Echeverría Nagore (Superiora del Hospital del Rey).

Fue Reverenda Madre Superiora de las Hijas de la Caridad del Hospital del Rey. Llevaba unos 30 años en el Hospital General cuando en 1.924 fue destinada a este Hospital para inaugurarlo. Desde entonces siguió al frente de la comunidad. Tuvo que sostener heroica lucha durante la República. Fue expulsada del Hospital junto con todas las Hermanas durante la Guerra permaneciendo en Madrid¹⁴⁰¹, y reintegrándose a su puesto el mismo día del fin de la Contienda. Gracias a su celo y competencia, pudo rápidamente habilitarse el Hospital en la posguerra.

¹⁴⁰⁰ Documento firmado el 13 de Noviembre de 1.940 por el Director General de Sanidad Don José Palanca y dirigido al Director del Hospital del Rey. En esa nota se hace hincapié en que es muy necesario deslindar cuidadosamente las atribuciones de las Señoras Superiores de las Hijas de la Caridad, con respecto a las Enfermeras y Personal subalterno.

APHR.

¹⁴⁰¹ A las 8 de la tarde, el 21 de Julio de 1.936, tras hablar el Dr. Tapia con la Hermana Superiora, se produce la salida en dos coches de las 24 hermanas que formaban la Comunidad de Religiosas del Hospital del Rey. No se produjo su regreso hasta 1.939. Gracias a esta medida, ninguna de ellas sufrió percance alguno durante los convulsos momentos de la Guerra Civil.

Testimonio de Sor Dominica Vicente Devesa, de la Congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. Madrid, 1.997. Cedido por la propia autora.

Durante las epidemias de viruela y tifus exantemático su comportamiento fue digno de todo encomio¹⁴⁰².

En 1.999, Sor Engracia vivía todavía en la residencia que tenían las Hermanas de la Caridad en el recinto del antiguo Hospital¹⁴⁰³.

5.1.4 OTROS MÉDICOS.

Es necesario también aludir al grupo de Médicos que se fue incorporando de una manera progresiva al Hospital, uniéndose al grupo inicial formado por los cuatro médicos ya comentados: Don Manuel Martínez Tapia, Don Pedro Zarco Bohórquez, Don Juan Torres Gost y Don Antonio María Vallejo Simón.

5.1.4.1 D. Rafael Navarro Gutiérrez (Médico de Guardia).

Consta como Médico de Guardia del Hospital del Rey desde 1.930. En su caso, los datos profesionales son accesibles a través de su expediente de revisión profesional. En este documento, además de aludir a la situación personal de Rafael Navarro, se pone de manifiesto la politización de las sociedades científicas de la época de preguerra. En esos años, la política impregnaba todos los estamentos de la sociedad, y la medicina no podía ser en esos momentos ajena a estas circunstancias¹⁴⁰⁴.

Lógicamente, su ideología que le supuso el cese en los primeros momentos de la posguerra, aunque en Enero de 1.940, figuraba como médico del Dispensario del Distrito de Buenavista.

¹⁴⁰² El 27 de Octubre de 1.942, fue solicitada la Gran Cruz de Beneficencia para Sor Engracia por el Director del Hospital del Rey, Don Antonio Vallejo de Simón.

APHR. Ficha personal de Sor Engracia Echeverría.

¹⁴⁰³ Existía un pequeño pabellón de monjas cedido por el Director junto al Victoria Eugenia. Existía una Residencia de mujeres (junto a la Comunidad), residiendo los médicos en el pabellón de Administración.

Testimonio de Sor Dominica Vicente Devesa, de la Congregación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. Madrid, 1.997. Cedido por la propia autora.

¹⁴⁰⁴ “Pertenece a la Agrupación de Médicos Liberales en Mayo de 1.936. Formaba parte de la camarilla de Médicos liberales. Fue muy amigo de Don Carlos Díez, en colaboración con el cual trabajó con Sunon y Redeker. En las elecciones de juntas de Colegio de Médicos y Academias, votaba la candidatura liberal. Firmó el manifiesto de escisión de la Tisiología. Prestó Servicio voluntariamente como Médico Director en un Sanatorio Antituberculoso perteneciente a las organizaciones del Frente Popular y establecido en la Ciudad Universitaria en la fundación de El Amo. Pasado algún tiempo, seguramente hacia Noviembre de 1.936, como tantos otros, mostró simpatía por el Movimiento. Pudo hacer y aprovechó para hacer muchos favores, desde su situación privilegiada”.

Documento firmado por el Director del Hospital del Rey, en Chamartín de la Rosa, el 25 de Enero de 1.940. APHR. Ficha personal de Navarro.

5.1.4.2 Don Augusto Calonge Ruiz (Médico de Guardia)

Se incorporó al Hospital como Médico Asistente en Enero de 1.931. Es nombrado Médico de Guardia, a propuesta del Director del Centro, en Febrero de 1.932. Este cargo lo desempeñó hasta Noviembre de 1.932, con el haber anual de 3.000 pesetas.

En Marzo de 1.936, reingresó como Jefe de Trabajo sobre Fiebre Exantemática en concepto de Agregado por la Comisión de Investigaciones Sanitarias, con bolsa de 500 pesetas mensuales que percibía con cargo a la citada Comisión. El Doctor Calonge cesó al disolverse la citada Comisión, siendo designado el 1 de Octubre de 1.936 a propuesta de la Dirección para el cargo de Médico de Guardia¹⁴⁰⁵, cargo que desempeñó hasta Abril de 1.941. En esa fecha cesó a petición propia, pasando a la Lucha Antituberculosa.

Aunque no dejó de ejercer como tal, el Doctor Calonge fue confirmado de nuevo en su cargo al acabar la Guerra Civil. Así el 7 de junio de 1.939, se le nombra con carácter interino, Médico de Guardia eventual, del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas¹⁴⁰⁶. Desarrolló su labor el pabellón IV.

En cuanto a su actividad como médico del Hospital del Rey durante la Guerra Civil, su conducta fue muy similar a la de sus compañeros, practicando la defensa del perseguido y realizando una labor sanitaria muy meritoria, pues el Hospital quedó sumido durante meses en circunstancias enormemente críticas¹⁴⁰⁷.

El 8 de Abril de 1.941, Calonge cesó como Médico de Guardia al ser nombrado Director del Dispensario Antituberculoso de León¹⁴⁰⁸. No obstante, en esas fechas se produjo una importante epidemia de tifus exantemático en Madrid, lo que provocó que Calonge, sin llegar a

¹⁴⁰⁵ El nombramiento tenía un haber anual de 3.000 pesetas, con cargo a la consignación concedida por la Junta Administrativa de Fondos extra-presupuestarios, Capítulo tercero, Artículo cuarto, Grupo cuarto, Concepto octavo del presupuesto del referido año.

Fue confirmado en su cargo de Médico de Guardia, con carácter eventual, el 18 de Febrero de 1.937, por el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

APHR. Ficha personal de Calonge.

¹⁴⁰⁶ Nombramiento firmado en Burgos, el 7 de Junio de 1.939, por el Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, Don José Palanca, con el haber anual de 3.000 pesetas con cargo al capítulo primero, Artículo primero, grupo 15, concepto segundo, partida cuarta, del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Calonge.

¹⁴⁰⁷ El Doctor Vallejo, Director del Centro, declaraba lo siguiente: “Estudió en Valladolid. Estaba en el Hospital desde antes del 18 de Julio de 1.936. Estuvo muy unido a Manuel Tapia Martínez, el cual se lo llevó de Médico Residente del Sanatorio de la Fuenfría cuando estaba de Director. Ha estado prestando servicio en el Hospital durante toda la dominación republicana. Su comportamiento ha sido bueno. Ha favorecido a algunas Hermanas que la Caridad, a las cuales ha tenido escondidas en su casa, así como a otras personas de derechas”.

Declaración de Don Antonio Vallejo de Simón, Médico Director del Hospital del Rey, firmada en Madrid, el 3 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Calonge.

¹⁴⁰⁸ Con ese nombramiento el Doctor Calonge quedaba Agregado al Patronato Nacional Antituberculoso.

APHR. Ficha personal de Calonge.

incorporarse a su nuevo destino, quedase Agregado al Hospital del Rey ayudando con su labor asistencial a la lucha contra dicha epidemia.

Cuando a principios de Septiembre de 1.941, la epidemia cede, Calonge se incorpora a su destino dentro del Patronato Nacional Antituberculoso. Su actuación durante los meses de la epidemia debió ser satisfactoria pues así consta en declaraciones del Director Vallejo de Simón¹⁴⁰⁹. Su actuación también fue alabada por parte de la Dirección General de Sanidad, en gran parte por haber sido voluntaria su estancia durante esos meses¹⁴¹⁰.

Estos reconocimientos tienen gran importancia en la historia de un Hospital de Enfermedades Infecciosas, pues suponen un reconocimiento oficial del mérito que tiene desarrollar una labor médica con riesgo constante de contagio. De hecho, estas felicitaciones no se quedaron en meras palabras, pues se les concedió el ingreso en la Orden Civil de Sanidad. La satisfacción del Doctor Vallejo, pues al ser el Director de tal institución, comprendía el alcance de tal reconocimiento, queda reflejada en sus palabras:

“Mi querido amigo Doctor Calonge; acabo de recibir la credencial de ingreso en la Orden Civil de Sanidad, modesta recompensa para su meritoria labor en este Hospital durante las epidemias de tifus exantemático. Aunque poco para la intensa y meritoria labor por usted realizada, no deja de satisfacerme que haya sido reconocida. Enhorabuena”¹⁴¹¹.

5.1.4.3 D. Enrique Sobrini Hipolit (Médico de Guardia).

Entre los antecedentes que constan sobre el Doctor Sobrini, figura que se incorporó al Hospital como Médico Asistente en Octubre de 1.932. En 1.933, se convoca que Concurso-

¹⁴⁰⁹ “Certifico que el Doctor Calonge, ha asistido a la Epidemia de Tifus Exantemática declarada en Madrid, desde el 1 de Abril de 1.941 hasta el mes de Septiembre del mismo año. Dicho Señor, ha tenido a su cargo una de las Secciones Clínicas de este Hospital, habiendo demostrado gran celo y ha cumplido a satisfacción de esta Dirección el cometido para el que fue designado”.

APHR. Ficha personal de Calonge.

¹⁴¹⁰ “Vista la eficacia y alcance de la labor que desarrollaron en ese establecimiento los que fueron Médicos de Guardia del mismo, Don Augusto Calonge y Don Enrique Sobrini Hipolit, tanto durante el desempeño de dicho cargo como posterior y voluntariamente hasta que finalizó la anterior campaña contra el tifus exantemático; Esta Dirección General, ha acordado significar oficialmente a los citados Médicos el reconocimiento de este centro directivo para su meritoria gestión, para su preparación y conocimientos plenamente demostrados en la lucha contra las enfermedades infecciosas y para su eficaz colaboración en la anterior campaña contra el tifus exantemático”.

Documento de la Dirección General de Sanidad, firmado en Madrid el 21 de Marzo de 1.942 por Palanca.

APHR. Ficha personal de Calonge.

¹⁴¹¹ Carta fechada el 28 de Abril de 1.944 por el Doctor Vallejo de Simón y dirigida al Doctor Calonge, que en ese momento trabajaba en el Dispensario Antituberculoso de Córdoba.

Oposición mediante el cual Sobrini es nombrado Médico de Guardia con carácter temporal, con el haber anual de 3.000 pesetas¹⁴¹².

Es uno de los Médicos que pasa la Guerra Civil en el Hospital ejerciendo como tal¹⁴¹³. Al finalizar la Contienda, varios Médicos de Guardia del Hospital del Rey, debieron ser llamados para incorporarse a destinos militares. No obstante, esto intentó ser evitado por parte de la Dirección¹⁴¹⁴.

En 1.940, Sobrini continúa prestando sus servicios en el Hospital del Rey. Su labor preferencial es la asistencia de la tuberculosis en distintos pabellones del centro¹⁴¹⁵.

En Abril de 1.941, es nombrado Médico Ayudante del Dispensario Central, antes filial de Buenavista. Sin embargo, esto coincide con el comienzo de una importante epidemia de tifus exantemático en Madrid. Esto obliga a mantener en el Hospital del Rey un buen número de profesionales para hacer frente con su experiencia y profesionalidad a la epidemia. Por tanto a finales de Abril, sin que hubiera dado tiempo para que se incorporase a su nuevo destino, Sobrini quedó Agregado al Hospital del Rey por necesidades urgentes del Servicio, evidentemente sin pérdida de los derechos del nuevo Nombramiento¹⁴¹⁶.

Esta situación duró pocos meses pues, en Julio de 1.941, se le remite un nuevo escrito en el que cesa como Médico Agregado al Hospital del Rey, y se le solicita que se incorpore como Médico Ayudante del Dispensario Antituberculoso del Distrito de Buenavista de Madrid¹⁴¹⁷.

APHR. Ficha personal de Calonge.

¹⁴¹² Nombramiento firmado por Don José Pérez Mateos, Subsecretario de Sanidad y Beneficencia, en Madrid el 31 de Enero de 1.934. Don Manuel Tapia, Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, certifica ese mismo día la toma de posesión de Don Enrique como Médico de Guardia con carácter temporal.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

¹⁴¹³ “Enrique Sobrini, de 30 años, ejerce de Médico de Guardia por oposición en este centro, con antigüedad de 31 de Enero de 1.934. Desde octubre de 1.932 era Médico Asistente del Hospital. Su número de colegiado es el 4.204 del colegio de Madrid. Ejerce una jornada laboral con un número de horas mayor a cuarenta y ocho semanales”. Torres Gost, Director del Hospital durante la Contienda, lo certifica el 25 de Febrero de 1.937.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

¹⁴¹⁴ Así, Juan Torres Gost, todavía Director del Hospital, escribió lo siguiente: “tengo el deber de poner en su conocimiento que los doctores Sobrini, Tapia, Valera, Ortiz de Landázuri, y Calonge pertenecientes a la séptima bandera, tercera centuria, Falange Segunda, tienen necesidad de prestar sus servicios en el Hospital del Rey con asiduidad y carácter permanente por ser Médicos de Guardia. Además por estar a ocho kilómetros de la capital, el desplazamiento es difícil”.

Documento firmado por Don Juan Torres Gost en Madrid el 6 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

¹⁴¹⁵ Certificado firmado el 27 de Octubre de 1.940 por Don Antonio Vallejo, Director del Hospital del Rey.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

¹⁴¹⁶ Notificación realizada por el Secretario General del Patronato Antituberculoso, y remitida al Doctor Sobrini el 26 de Abril de 1.941.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

¹⁴¹⁷ Él mismo solicita su incorporación al Dispensario de Buenavista de Madrid, debido a que la epidemia de tifus exantemático ha disminuido. Esto lo hace en Chamartín de la Rosa el 1 de Julio de 1.941.

La Dirección General de Sanidad, en comunicación oficial, le agradece su atención prestada durante la epidemia de tifus exantemático mediante escrito de Abril de 1.942.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

Como otros compañeros, Sobrini también recibió como recompensa a su esforzada labor durante estas epidemias el ingreso en la Orden Civil de Sanidad¹⁴¹⁸.

5.1.4.4 D. Paulino Arbesú Rivero (Médico de Guardia).

El Doctor Don Paulino Arbesú, comenzó a prestar sus servicios en el Hospital del Rey como Médico Asistente el 14 de Octubre de 1.932, hasta el 20 de Mayo de 1.933. En esa fecha, se trasladó con la categoría de pensionado a la clínica del Profesor Neumann, en Viena. Durante el tiempo que permaneció en el Hospital del Rey, se dedicó al Servicio de tuberculosis en el Pabellón III. Reanudó su asistencia el 20 de Febrero de 1.934 y cesó el 15 de Agosto del mismo año, dedicándose durante ese año también a la tuberculosis en el pabellón II¹⁴¹⁹.

En 1.934, el Doctor Arbesú se incorporó como funcionario del Sanatorio de Húmera, donde prestó sus servicios hasta 1.936. Allí, era Médico Residente. El Sanatorio de Húmera quedó totalmente destruido después de la Guerra Civil, y por lo tanto el Doctor Arbesú se quedó sin destino al cual incorporarse¹⁴²⁰. Por ese motivo, desde Junio de 1.939 prestó nuevamente sus servicios como Médico Interno, incorporándose en el Hospital del Rey¹⁴²¹.

En 1.940 el Doctor Arbesú, colaboró en la explicación de lecciones clínicas y prácticas en el Curso de tuberculosis para Médicos, organizado por la Inspección Provincial de Sanidad de Madrid y la Dirección del Hospital del Rey, durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de ese año.

El 15 de Septiembre de 1.940, se acordó la incorporación de Arbesú a la Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa¹⁴²². Como vemos la relación entre ambas instituciones, existía, sobre todo a la hora de compartir y cederse profesionales. No obstante, llama la atención

¹⁴¹⁸ Así, le escribe el Doctor Vallejo, en Abril de 1.944: “mi querido amigo, acabo de recibir su ingreso en la Orden Civil de Sanidad, modesta recompensa para su meritoria labor durante la epidemia de tifus exantemático. No deja de satisfacerme”.

APHR. Ficha personal de Sobrini.

¹⁴¹⁹ Documento firmado por Don Antonio Vallejo de Simón, Director del Hospital del Rey el 25 de Enero de 1.941.

APHR. Ficha personal de Arbesú.

¹⁴²⁰ Durante la Guerra Civil, fue voluntario de la Falange Asturiana prestando Servicio en una Centuria. Documento firmado por el Médico Director Don Antonio Vallejo Simón, en Madrid el 2 de Agosto de 1.939.

APHR. Ficha personal de Arbesú.

¹⁴²¹ Orden de la Dirección General de Sanidad de 1 de Julio de 1.932. Como otros funcionarios de la época, en virtud de lo dispuesto en el Decreto de la Presidencia del Gobierno de 25 de Agosto de 1.939, solicitó que le fueran abonados los haberes que le correspondían por todo el tiempo que estuvo separado de su cargo durante la Guerra Civil. Recordemos que durante los primeros meses de la Contienda, el Gobierno Republicano revisó la situación profesional de muchos funcionarios, suspendiendo de empleo y sueldo a quien lo creyó conveniente.

APHR. Ficha personal de Arbesú.

¹⁴²² Documento firmado por el Director General de Sanidad Don Víctor María Cortezo, en Madrid el 5 de Octubre de 1.940.

APHR. Ficha personal de Arbesú.

que estas Instituciones, físicamente casi unidas, mantengan escasos lazos, funcionando en la realidad como dos Hospitales completamente ajenos entre sí. Quizás explique este hecho el hecho de que ambas instituciones dependan de Administraciones diferentes. El Hospital del Rey dependía de la Dirección General de Sanidad, y la Enfermería de Chamartín de la Rosa, de la Lucha antituberculosa.

No obstante, casi un año más tarde, en concreto en Abril de 1.941, quedaron vacantes dos plazas de Médico de Guardia con carácter eventual en el Hospital del Rey. La Dirección de dicho Hospital propuso para esas plazas a Paulino Arbesú y a Antonio García Pomareda, que fueron aceptados por el Ministerio¹⁴²³.

Curiosamente, en Octubre de 1.941, el Doctor Arbesú fue nombrado Médico Residente en Comisión de Servicio de la Enfermería Victoria Eugenia¹⁴²⁴. Suponemos que este nombramiento fue un error burocrático pues no tiene mucho sentido que un Médico de Guardia del Hospital del Rey, sea nombrado Médico Residente de otra institución.

En 1.944 el Doctor Arbesú presentó su renuncia al cargo de Médico de Guardia del Hospital del Rey, siendo aceptada por el Director General de Sanidad Palanca. Del historial profesional del Doctor Arbesú, se puede deducir que después de la Guerra Civil, muchos Médicos tuvieron serios problemas a la hora de reincorporarse a su puesto laboral. En algunos casos, como es el del Doctor Arbesú, su Hospital había desaparecido; en otros, su capacitación profesional había variado durante la Guerra; y finalmente para algunos, el cese de la Guerra supuso la expulsión de su puesto.

5.1.4.5 D. José Bousa Alcalde (Médico de Guardia).

Sabemos que el Doctor Bousa asistía al Hospital desde Noviembre del año 1.934, como Médico asistente Agregado al Servicio de tuberculosis del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Desde el 20 de Septiembre de 1.936 ejerce el cargo de Médico de Guardia¹⁴²⁵.

Como ya hemos comentado anteriormente, el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, atendiendo las conveniencias del Servicio nombró Médicos de Guardia con

¹⁴²³ Documento firmado por el Director General de Sanidad en Madrid, el 9 de Abril de 1.941, nombrándoles Médicos de Guardia del Hospital del Rey con carácter interino y eventual con el haber anual de cuatro mil pesetas.

APHR. Ficha personal de Arbesú.

¹⁴²⁴ Documento firmado por el Secretario General del Patronato Nacional Antituberculoso en Madrid el 20 de Octubre de 1.941.

APHR. Ficha personal de Arbesú.

¹⁴²⁵ Certificado del Doctor Torres, Médico Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, cuando el Doctor Bousa tenía 27 años edad y prestaba su Servicios en horario fijo, siendo la jornada de trabajo mayor de 48 horas semanales.

carácter eventual del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas a Augusto Calonge, José Bousa, Guillermo Valera, y Eduardo Ortiz de Landázuri, con el haber anual de 3.000 pesetas cada uno¹⁴²⁶. Este tipo de nombramientos suponían una confirmación de una realidad ya existente, pues los citados ya eran Médicos de Guardia con anterioridad. La razón probablemente la encontramos en la necesidad del Gobierno Republicano al comienzo de la Guerra Civil de confirmar en sus puestos a aquellos funcionarios que habían permanecido en los mismos.

5.1.4.6 Don Eduardo Ortiz de Landázuri (Médico de Guardia).

Don Eduardo Ortiz se incorporó al Hospital del Rey el 15 de Septiembre de 1.935 como Médico de Guardia, por designación de la dirección de dicho centro. No percibía haberes de manera normal y si se le entregaba alguna cantidad de fondos propios del Hospital, era cuando la situación económica del mismo lo permitía.

Posteriormente, permaneció en sus funciones como Médico de Guardia, ocupando la plaza del titular Doctor Don Francisco Tello que fue pensionado a Alemania. Y a la vuelta de éste, el referido Ortiz de Landázuri continuó prestando sus servicios en el Hospital, percibiendo ya sus haberes de 3.000 pesetas anuales desde el 1 de Octubre de 1.936, previa propuesta hecha por la Dirección del Hospital¹⁴²⁷.

Durante la Guerra Civil, Don Eduardo siguió ejerciendo su labor asistencial en el Hospital del Rey. Atendiendo a las conveniencias del Servicio fue nombrado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia social, Médico de Guardia, con carácter eventual¹⁴²⁸, del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas en 1.937, junto con Don Augusto Calonge, Don José Bouza, y Don Guillermo Valera. Este nombramiento se supone que confirmaba a estos Médicos en sus puestos, ya que con anterioridad a la fecha eran Médicos de Guardia interinos.

Como a todos los médicos que permanecieron en el Hospital durante la Guerra Civil, a Ortiz se le abrieron diligencias para concretar su actuación político-social durante la Contienda. Las declaraciones de los propios compañeros dan fe del buen hacer de Ortiz de Landázuri en el

APHR. Ficha personal de Bousa.

¹⁴²⁶ Firmado por el Subsecretario del Ministerio Don Francisco Aumatell, en Valencia, el 18 de Febrero de 1.937.

APHR. Ficha personal de Bousa.

¹⁴²⁷ Certificado firmado por Don Eugenio Vázquez Caballero, Administrador del Hospital del Rey y firmado en Chamartín de la Rosa el 22 de Abril de 1.939.

APHR. Ficha personal de Ortiz de Landázuri.

¹⁴²⁸ Nombramiento firmado en Valencia el 18 de Febrero de 1.937, por el Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con el haber anual de 3.000 pesetas con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo octavo, concepto segundo, de la Sección 20 del vigente Presupuesto.

APHR. Ficha personal de Ortiz de Landázuri.

Hospital en esas circunstancias¹⁴²⁹. Ayudó a todos los que se le presentaban y estaban perseguidos por razones políticas. Y esto a pesar de las durísimas circunstancias familiares por las que se vio obligado a pasar.

Evidentemente, tras la Guerra Civil, Don Eduardo fue admitido al Servicio sin imposición de sanción alguna¹⁴³⁰.

En 1.940, el Doctor Ortiz de Landázuri pidió que fuera aceptada su renuncia en el cargo como Médico de Guardia del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas por pasar a ocupar otro cargo en el Ministerio de Justicia¹⁴³¹. Posteriormente, llegó a ser Catedrático de Medicina, ejerciendo durante largos años en la Universidad de Navarra.

5.1.4.7 José Tapia Sanz.

La figura de Médico de Guardia solía ser el primer puesto ocupado por un Médico cuando se incorporaba al Hospital. No era raro que periódicamente se convocasen oposiciones para cubrir estas plazas. En el caso del Doctor Tapia Sanz, se convocó una oposición para proveer la plaza de Médico de Guardia con carácter eventual del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas el 7 de Enero de 1.936. Así el 9 de Mayo de 1.936, se le nombró Médico de Guardia con carácter eventual del citado Hospital¹⁴³².

Durante la Guerra, Tapia Sanz permaneció en el Hospital del Rey. No obstante, en Diciembre de 1.937, fue requerido por la Inspección General de Nosocomios para ser Director del Sanatorio Antituberculoso de Estivella en Valencia¹⁴³³.

¹⁴²⁹ Como en casos similares, fue el Director Vallejo Simón el encargado de recabar datos: “Don Eduardo Ortiz de Landázuri era Médico de Guardia antes de iniciarse el Movimiento Nacional. Después de iniciarse el Movimiento, vio como fue asesinado su padre, Jefe del Ejército, por los republicanos. El comportamiento del Doctor Ortiz durante el Movimiento Nacional ha sido digno del mayor encomio. Perteneció a una Agrupación de Izquierdas, quizá el Partido Socialista, siendo dado de baja por indeseable en el mes de Agosto o Septiembre de 1.936, comenzado ya el Movimiento. Ayudó a las Hermanas del Hospital día numerosas personas de derechas en todo cuanto pudo”. Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 7 de Octubre de 1.939 por el Director del Hospital del Rey Don Antonio Mariano Vallejo Simón, dirigido al Señor Juez Instructor de Diligencias.

APHR. Ficha personal de Ortiz de Landázuri.

¹⁴³⁰ Comunicado por el Director General de Sanidad el 6 de Diciembre de 1.939.

APHR. Ficha personal de Ortiz de Landázuri.

¹⁴³¹ La aceptación de la renuncia tuvo lugar el 27 de Marzo de 1.940, por parte del Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Ortiz de Landázuri.

¹⁴³² Nombramiento realizado por el Excelentísimo Señor Ministro de Trabajo como Sanidad y Previsión, mediante Orden de 9 de Mayo de 1.936, con el haber anual de 3.000 pesetas que percibirá con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo 17, concepto segundo, sección novena del Presupuesto vigente. Firmado por Don Cándido Bolívar Pieltain, Subsecretario de Sanidad y Beneficencia. Ese mismo día tomó posesión de la plaza.

APHR. Ficha personal de José Tapia Sanz.

¹⁴³³ Orden de 30 de Noviembre de 1.937, en la que el Ministro de Instrucción Pública y Sanidad tiene a bien disponer el cese del cargo de D. José Tapia Sanz en el Hospital del Rey, pasando a ser el Director del Sanatorio de Estivella.

APHR. Ficha personal de José Tapia Sanz.

Es interesante la contestación¹⁴³⁴, en forma de negativa, dada por el Director del Hospital del Rey, D. Juan Torres Gost, a esta misiva, pues se deduce en primer lugar la situación de sobrecarga asistencial que debió sufrir el Hospital durante la Guerra; y en segundo lugar se comprueba la realidad de que realmente se luchaba para que los médicos no fueran dispersados a los distintos frentes de lucha. En esta carta se detallan importantes detalles históricos de la situación del Hospital durante la Guerra Civil. Por ejemplo, el número de camas durante la Guerra Civil fue de cuatrocientas cincuenta, disponiendo sólo de cuatro médicos de guardia y varios Jefes Clínicos, para su atención.

Sin embargo, no parece que las encarecidas razones del Doctor Torres Gost tuvieran algún efecto. Así de contundente es la respuesta por parte del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad:

“Vista la comunicación que eleva desde ese Hospital, esta Delegación ante las necesidades apremiantes que en las circunstancias actuales requieren servicios de tanta importancia como es el aludido, debo manifestarle que no cabe otra interpretación a la disposición referida que el exacto e inmediato cumplimiento de la misma”¹⁴³⁵.

¹⁴³⁴ “Muy Sr. Mío: Hace unos días recibí un nombramiento para la Dirección de un Centro en Levante a favor del médico de Guardia Dr. José Tapia. Me permito exponerle la situación en que se quedaría el Hospital si se hiciera efectivo el traslado de dicho Médico. Como sabe Vd., éste es el único Hospital de Enfermedades Infecciosas de Madrid, atendiendo fundamentalmente enfermos procedentes del Frente. Para un volumen de cuatrocientas cincuenta camas dispongo de cuatro médicos de Guardia, Jefes de Pabellón especializados y buenos conocedores de las enfermedades agudas; y dos de Laboratorio. Para hacer todo lo preciso para llegar al diagnóstico exacto de todos los enfermos que entran, es necesario que los servicios funcionen sin excesivo agobio y en estos momentos cada uno de los médicos tiene a su cargo un número de enfermos superior al normal. Por otra parte, dentro de unos días nos será devuelto el sexto Pabellón que estaba ocupado por un Hospital Divisionario (en estos días lo están desalojando) pero que aumentará en ciento veinte camas el cupo destinado a Enfermedades Infecciosas, que naturalmente se tendrá que recargar sobre todos ellos. Así mismo, tenemos acumulado el Servicio de la Enfermería de Chamartín de la Rosa que, aun cuando dispone de Personal, comparte dos Médicos de Guardia, sobrecargando nuestro trabajo, por cuanto prácticamente todo aquel Servicio es llevado por un solo Médico durante veinticuatro horas alternando. De esta exposición escueta, se deduce la necesidad absoluta del Personal eficiente actual, por lo que le suplico encarecidamente, dentro de la mayor subordinación y disciplina, que deje sin efecto el traslado del Doctor Tapia, por ser absolutamente necesario aquí, como se lo ha señalado el Sr. Delegado oportunamente, o en caso contrario se resentirá extraordinariamente toda la marcha del centro. Asimismo, me permito rogarle nos haga una visita de Inspección para que, sobre el terreno, pueda juzgar lo necesario que es la petición que me permito hacerle. Con todo respeto se ofrece atentamente, Don Juan Torres Gost”.

APHR. Ficha personal de José Tapia Sanz.

¹⁴³⁵ Documento firmado en Madrid, el 15 de Enero de 1.938 por el Ministro de Instrucción Pública y Sanidad, y dirigido al Director del Hospital Nacional del Enfermedades Infecciosas.

APHR. Ficha personal de José Tapia Sanz.

No sabemos con seguridad si el Doctor Tapia Sanz se incorporó finalmente al destino de Almería, pero de los documentos analizados se puede deducir que permaneció hasta el final de la Guerra en su puesto de trabajo del Hospital del Rey.

5.1.4.8 Don Guillermo Valera Alzina (Médico de Guardia).

En los documentos consultados, el Doctor Valera aparece como Médico de Guardia del Hospital del Rey desde el día de 20 de Agosto de 1.936.

Al igual que Bousa, Ortiz de Landázuri y Calonge, fue confirmado como Médico de Guardia con carácter eventual del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas por el bando republicano desde Valencia, el 18 de Febrero de 1.937. Permaneció en ese cargo hasta finales de la Guerra.

La trayectoria personal de algunos de los médicos del Hospital del Rey, demuestra que pasaban a lo largo de los años por diversos cargos, sin que tuviesen mucho que ver unos con otros. Esto plantea dos posibles explicaciones: o bien que el Médico realmente seguía desempeñando la misma función aunque su cargo había cambiado de nombre; o bien que los jóvenes Médicos de Guardia tenían gran plasticidad para cambiar de labor y podían ser designados para puestos diferentes.

Así, el Doctor Valera en Agosto de 1.939, es nombrado Ayudante de Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas¹⁴³⁶.

En enero de 1.942, Varela cesa en su plaza de Ayudante de Laboratorio del Hospital del Rey para pasar a ser otra vez Médico de Guardia, con carácter eventual, por haberse producido una vacante en dicha plaza. Este nombramiento le supone un aumento de sueldo pasando tener un haber anual de 4.000 pesetas.

Durante los años que permanece en el Hospital del Rey, Valera presta sus servicios en la Especialidad de Tisiología en el pabellón II del Hospital destinado a enfermedades infecciosas y a tuberculosos, que ocupan camas reservadas al Patronato Nacional Antituberculoso.

Como otros compañeros, Valera asistió a las epidemias de viruela y tifus exantemático de 1.941-42, desempeñando a satisfacción de la Dirección cuantos servicios le fueron encomendados. Fue contagiado por el tifus exantemático en la epidemia de 1.941. Esto le supuso el ingreso en la Orden Civil de Sanidad en Septiembre de 1.945. En su expediente también

¹⁴³⁶ El nombramiento se realizó con carácter interino y haber anual de 3.000 pesetas con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo 15, concepto segundo del Presupuesto vigente, firmado por el Jefe del Servicio Nacional de Sanidad Don José Palanca.
APHR. Ficha personal de Valera Alzina.

consta que tomó parte en los cursos de Enfermedades Infecciosas dados en colaboración con la Obra de perfeccionamiento Médico en el Hospital del Rey.

El Doctor Valera solicitó la renuncia a su cargo como Médico de Guardia del Hospital del Rey, que con carácter eventual venía desempeñando, en Septiembre de 1.952.

5.1.4.9 D. Luis Castellón Mora (Médico de Guardia).

Se incorporó al Hospital como Médico Asistente el 1 de Abril de 1.939, colaborando con gran competencia y eficacia en la asistencia de los enfermos en la Epidemia de tifus exantemático de 1.939 y 1.941; y en la Epidemia de viruela de 1.939-40. De hecho, fue nombrado Médico Agregado del Hospital para hacer frente a la Epidemia de tifus exantemático en Marzo de 1.941 y se encargó de los enfermos de tifus exantemático hospitalizados en el Pabellón I, piso primero. Fue premiado con el ingreso en la Orden del Mérito Sanitario.

En Febrero de 1.942, se le nombró con carácter eventual Médico de Guardia del Hospital del Rey con el haber anual de 4.000 pesetas, tomando posesión de su cargo el 1 de Mayo de 1.942. Ese mismo año ya constaba como Auxiliar de la Asignatura de Enfermedades Infecciosas en la Escuela Nacional de Sanidad. Asimismo fue uno de los profesores de los cursillos y conferencias organizados por el Hospital del Rey, muy especialmente en el I cursillo de Enfermedades Infecciosas que comenzó el 17 de Mayo de 1.942.

El 15 de Noviembre de 1.944 presentó su renuncia al cargo de Médico de Guardia. El motivo de su renuncia fue el hacerse cargo de la Dirección del Hospital Penitenciario Eduardo Aunós. No obstante, siguió vinculado al Hospital del Rey siendo Profesor Auxiliar de Enfermedades Infecciosas en la Escuela Nacional de Sanidad, y llevando su Servicio Clínico de mujeres, dedicado a tuberculosis y enfermedades infecciosas. Este último cargo, desde su renuncia, lo ostentaba sin nombramiento especial alguno y con carácter gratuito. Posteriormente, a petición de la Dirección del Hospital del Rey¹⁴³⁷, quedó Agregado como Auxiliar de la asignatura de Enfermedades Infecciosas en la Escuela Nacional de Sanidad y como Jefe Clínico del Hospital con carácter honorario y gratuito.

5.1.4.10 D. Honorato Vidal Juárez (Jefe Clínico).

Durante la Guerra Civil, por motivos muchas veces diferentes, se produjeron abundantes

¹⁴³⁷ Petición realizada por el Director del Hospital del Rey, Don Antonio Vallejo Simón, firmada en Chamartín de la Rosa, el 3 de Febrero de 1.951. El Doctor Castellón colaboró asiduamente con el Doctor Vallejo de Simón en los trabajos realizados sobre tifus exantemático en los años 40.

bajas en el personal laboral del Hospital. Por ese motivo, en los años inmediatamente posteriores al final de la Guerra, hubo abundantes incorporaciones de Médicos. Algunos, como Don Honorato, tenían ya un destino antes de la Guerra, y al finalizar, cambiaron y se incorporaron al Hospital del Rey.

En concreto, Don Honorato ingresó por oposición al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional por Oposición y por Real Orden de 24 de Noviembre de 1.924, con la edad de 34 años. En 1.936, prestaba servicio activo en el cargo de Inspector de Sanidad de la provincia de Málaga¹⁴³⁸.

Por Decreto del Gobierno Republicano de 15 de Agosto de 1.936, fue separado del Servicio con pérdida de todos sus derechos¹⁴³⁹.

Como consecuencia de su cese, Vidal dejó de percibir sus haberes durante la Guerra Civil, hasta el mes de Marzo de 1.939, fecha en la que le fue abonados su haber por la Dirección General de Sanidad después de la liberación de Madrid¹⁴⁴⁰.

Con fecha de 20 de Septiembre de 1.939, se le destinó a prestar servicio en el Hospital del Rey de Madrid, con el haber anual de 7.000 pesetas¹⁴⁴¹. No obstante, se le había reservado la plaza de Jefe Provincial de Sanidad de Málaga, con lo cual tuvo que quedar sin efecto su incorporación al Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, teniendo que reincorporarse de manera inmediata al cargo de Málaga¹⁴⁴².

No sabemos el motivo, pero con fecha de Agosto de 1.940 el Ministro de la Gobernación dispuso que Vidal pasase con carácter interino, a desempeñar la plaza de Médico Encargado del

APHR. Ficha personal de Castellón.

¹⁴³⁸ Designado por Concurso reglamentario, por Real Orden de 8 de Febrero de 1.930.

APHR. Ficha personal de Vidal.

¹⁴³⁹ Este decreto copiado literalmente dice: “De acuerdo con el Consejo de Ministros, y a propuesta del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, y en virtud de lo prevenido en los Decretos de la Presidencia del Consejo de Ministros de 21 y 31 de Julio últimos, vengo en decretar la separación definitiva del Servicio, con pérdida de todos sus derechos en los Cuerpos y cargos que se citan y en cualquier otros que dependientes de dicho Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, pudieran desempeñar actualmente, a los funcionarios siguientes: listado de miembros del Cuerpo Nacional de Sanidad”.

Dado en Madrid a 15 de Agosto de 1.936. Manuel Azaña. El ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, Don Juan Lluí.

Publicado en la Gaceta de Madrid el 16 de Agosto de 1.936.

En la lista de Funcionarios cesados figuraba Don Honorato Vidal como Jefe de Negociado de Segunda Clase, e Inspector de Sanidad de Málaga.

APHR. Ficha personal de Vidal.

¹⁴⁴⁰ El Decreto de la Presidencia del Gobierno de 25 de Agosto de 1.939, disponía que los funcionarios del Estado que a partir del 18 de Julio de 1.936, que fueron separados del Servicio por acuerdo del Gobierno Rojo a causa de su desafección a aquel régimen, tendrían derecho a percibir sus sueldos.

APHR. Ficha personal de Vidal.

¹⁴⁴¹ Seguía ostentando el cargo de Jefe de Negociado de Segunda Clase, pero con fecha de 21 de Septiembre de 1.939 en corrida reglamentaria de escala y en vacante producida por el fallecimiento de Don Emilio Ferragut, fue ascendido al empleo de Jefe de Negociado de Primera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.

APHR. Ficha personal de Vidal.

¹⁴⁴² Comunicación realizada por el Director General de Sanidad Don José Palanca y firmado en Madrid el 13 de Mayo de 1.940.

Laboratorio del Hospital del Rey. Probablemente, Vidal encontrase más grata la labor asistencial de pacientes en el Hospital del Rey, que sus tareas administrativas y burocráticas como Jefe Provincial de Sanidad de Málaga.

En Noviembre de 1.941, Don Honorato Vidal tomó posesión de su cargo como Jefe Clínico del Hospital del Rey¹⁴⁴³. Estuvo destinado en el Pabellón Segundo, teniendo a su cargo los Servicios de tuberculosis, hombres y mujeres, en total 80 enfermos como media.

En 1.942, la Dirección General de Sanidad dispuso que se trasladase a Salamanca y Zamora, a fin de informar sobre los Servicios Epidemiológicos Provinciales de dichas capitales.

Otra de las tareas en las cuales intervino Vidal, fue la docente. De este modo colaboró con las enseñanzas teóricas y prácticas, explicando lecciones orales y clínicas en los cuatro cursos de ampliación para Médicos, dados en el Hospital del Rey sobre tuberculosis y enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, durante los cursos de 1.942-44.

5.1.4.11 D. Juan Figueroa Egea (Médico de Guardia, y posteriormente, Director del Hospital).

Nació en Bullas (Murcia). Figueroa se incorporó al Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas con el nombramiento de Médico de Guardia con carácter eventual¹⁴⁴⁴. Parece ser que el Doctor Figueroa prestaba sus servicios en el Hospital del Rey como Médico de guardia con carácter gratuito desde el mes de Noviembre de 1.939.

Permaneciendo en su plaza del Hospital del Rey, Figueroa tomó parte en el Concurso-Oposición convocado en Mayo de 1.941, obteniendo la plaza de Jefe de Negociado de tercera Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional¹⁴⁴⁵.

Con este nombramiento pasaba a pertenecer al Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, pendiente de obtener un destino en la plantilla del mismo. De hecho, al aprobar la oposición cesó en el cargo de Médico de Guardia Eventual del Hospital del Rey. La Dirección del Hospital del Rey estaba muy satisfecha con la labor del Doctor Figueroa, y por lo tanto aprovechó la ocasión para pedir que el destino de este Doctor dentro del Cuerpo fuese el mismo Hospital del Rey¹⁴⁴⁶.

APHR. Ficha personal de Vidal.

¹⁴⁴³ Concurso resuelto por Orden Ministerial de fecha de 25 de Octubre de 1.941 con el haber anual de 9.600 pesetas.

APHR. Ficha personal de Vidal.

¹⁴⁴⁴ Nombramiento firmado por el Subsecretario de Gobernación, Don José Lorente, en Madrid el 9 de Abril de 1.940, tomando posesión de su plaza al día siguiente, con el haber anual de 3.000 pesetas.

APHR. Ficha personal de Figueroa.

¹⁴⁴⁵ Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad Don José Palanca, en Madrid el 22 de Diciembre de 1.941, con el haber anual de 7.200 pesetas.

APHR. Ficha personal de Figueroa.

¹⁴⁴⁶ En este sentido se expresan las palabras de Vallejo Simón: "D. Juan Figueroa Egea, Médico Interno de este

No obstante, dicha propuesta no surtió el efecto esperado, pues Figueroa fue destinado como Médico para los Servicios de Sanidad en Cartagena (Director Centro Secundario de Higiene Rural de Cieza) el 31 de Julio de 1.942, realizando un curso de Estudios previo a la incorporación de su destino en la Escuela Nacional de Sanidad, durante el año académico de 1.942. Hubo que esperar a 1.944 para que se concediera al Doctor Figueroa una comisión de Servicio para desempeñar su labor en el Hospital del Rey¹⁴⁴⁷.

Posteriormente, en 1.949, Figueroa Egea es nombrado Médico del Laboratorio del Hospital del Rey, cesando por tanto la Comisión de Servicio¹⁴⁴⁸.

Años más tarde, el Doctor Figueroa fue nombrado Jefe Clínico (ya figura como tal en 1.953), asistiendo a los enfermos de poliomielitis durante el brote epidémico de 1.950-52.

Cuando se jubila Torres Gost, en Septiembre de 1.970, se le nombra Director del Hospital con carácter accidental y en tanto se lleva a cabo la provisión de la citada plaza mediante procedimiento reglamentario. En 1.971, obtiene la plaza en propiedad¹⁴⁴⁹.

Figueroa se jubiló de su cargo el 11 de Diciembre de 1.980, siendo nombrado pocos días después, Médico Director Honorario de ese Hospital.

5.1.4.12 D. Manuel García Pomareda (Practicante y Médico de Guardia).

Hospital desde la liberación de Madrid, con carácter gratuito hasta abril de 1.940, y con nombramiento interino hasta la fecha, lleva desempeñando una labor meritísima sobre todo durante las epidemias de tifus exantemático de 1.939 y 1.941, y la de viruela de 1.939-40. Su labor debe ser destacada pues ha estado en los puestos de más peligro y responsabilidad, siendo quizás el colaborador más eficaz de esta Dirección. Es uno de los propuestos para recompensas en los primeros lugares, y se solicita para él un nombramiento de Médico de Guardia en propiedad por un año. Ha sido uno de los aprobados en las últimas oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad y perteneciendo ya al Escalafón del indicado Cuerpo, me permito rogar, daba su preparación clínica y su especialización en este Hospital, que continúe agregado al mismo y que como recompensa bien justificada se le nombre Jefe Clínico de este Hospital para que pueda encargarse en los pabellones IV (niños), y V (Barracas), que se precisan poner en funcionamiento”.

Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 26 de Enero de 1.942 por el Director Vallejo Simón y dirigido al Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Figueroa.

¹⁴⁴⁷ Comisión de Servicio concedida el 29 de Marzo de 1.944 por el Director General de Sanidad Palanca. En 1944, pasa a prestar sus servicios en el Centro Secundario de Higiene de Cartagena. En 1.946, el Doctor Figueroa pasó a ocupar el cargo de Médico en la Jefatura Provincial de Sanidad de Albacete, aunque siguió en todo momento permaneciendo en comisión de Servicio en el Hospital del Rey.

APHR. Ficha personal de Figueroa.

¹⁴⁴⁸ Nombramiento en virtud de la resolución de la Convocatoria de 23 de Marzo de 1.949, por la que se anunciaba la provisión de una plaza de Médico de Laboratorio del Hospital del Rey, tomando posesión de la misma el 1 de Junio de 1.949, con el haber anual de 7.200 pesetas.

APHR. Ficha personal de Figueroa.

¹⁴⁴⁹ El 18 de Febrero de 1.971 se convoca concurso de méritos para cubrir la plaza de Director del Hospital del Rey, siendo nombrado como tal el Doctor Figueroa, mediante Orden Ministerial de 14 de Diciembre de 1.971. A dicho Concurso de Méritos se presentaron los siguientes funcionarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional: D. Juan Figueroa, D. David Molina, D. Félix Muñoz Cosín, D. Ramón Navarro y García.

APHR. Ficha personal de Figueroa.

Se incorporó al Hospital como Practicante en julio de 1.940, en virtud de la Oposición convocada el 31 de Enero de 1.940¹⁴⁵⁰.

En 1.941, terminó la carrera de Medicina. En ese momento quedó vacante la plaza de Médico de Guardia que desempeñaba Sobrini Hipolit. Siguiendo la propuesta de la Dirección del Hospital del Rey, fue nombrado Médico de Guardia con carácter interino y eventual el 9 de Abril de 1.941¹⁴⁵¹.

El 25 de Enero de 1.943, presentó su renuncia a la plaza como Médico de Guardia, teniendo que incorporarse a la Escuela Naval de San Fernando en Cádiz para seguir el curso como Alférez Médico Alumno, no pudiendo por tanto continuar el desempeño de su cargo.

5.1.4.13 D. Francisco Torner Ochoa. (Médico de Guardia).

Desde los primeros tiempos del Hospital, existió la figura de Médico de guardia con carácter gratuito. Después de la Guerra, esta figura se mantuvo pues permitía una doble función: la formación de todos aquellos profesionales que quisieran familiarizarse con las Enfermedades Infecciosas, y por otra parte, al no ser remuneradas, su existencia suponía un importante ahorro económico.

Este fue el caso de Don Francisco Torner Ochoa, el cual se ofreció a prestar colaboración médica con el Hospital de modo gratuito¹⁴⁵², en 1.942, pasando a desempeñar su actividad médica como encargado de uno de los pisos de mujeres (pabellón I, piso 2º), asistiendo a la epidemia de tifus exantemático de 1.942. Posteriormente, pasó al pabellón III, donde colaboró con Torres en el diagnóstico y terapéutica de los enfermos Tuberculosos, especialmente en la colapsoterapia.

Cuando pasaba un cierto periodo de tiempo, probablemente dependiendo de las necesidades del Servicio y de las cualidades personales, el interesado pasaba a tener un salario. En 1.943, se produce una vacante de una plaza de Médico de Guardia con carácter eventual en el Hospital del Rey, pasando Torner a ocuparla con el derecho al percibo del haber anual de 4.000

¹⁴⁵⁰ Don Antonio Vallejo certificó su posesión en el cargo de Practicante el día 26 de Septiembre de 1.940, con el haber anual de 5.000 pesetas.

APHR. Ficha personal de García Pomareda.

¹⁴⁵¹ García Pomareda presentó la renuncia a su plaza de Practicante del Hospital del Rey el 23 de Abril de 1.941. La toma de posesión como Médico de Guardia tuvo lugar el día siguiente.

APHR. Ficha personal de García Pomareda.

¹⁴⁵² Su nombramiento fue pedido por el Director Vallejo Simón, al Director General de Sanidad el 9 de Febrero de 1942, indicando en dicha petición que el Hospital precisaba colaboración médica en la labor asistencial. Previamente ya se había nombrado Médico de guardia honorario y gratuito al Doctor José Luis González Höhr.

APHR. Ficha personal de Francisco Torner.

pesetas¹⁴⁵³.

5.1.4.14 D. Fernando Domínguez Sánchez (Médico de Guardia).

Citamos su caso como ejemplo para mostrar la labor investigadora y de estudio realizada por los jóvenes Médicos del Hospital. Se incorporó al Hospital como asistente el 11 de Octubre de 1.946. Pasó a ser Médico de Guardia el 5 de Julio de 1.948, con carácter interino. Desempeñó su tarea con gran celo y competencia, dedicándose a los Servicios de Enfermedades Infecciosas, Tisiología, y Anatomía Patológica a los que estuvo adscrito. Durante ese tiempo llevó a cabo una amplia labor científica reflejada en numerosos trabajos y publicaciones¹⁴⁵⁴.

A estas alturas, cuando se cumplían ya casi los 25 años de la Institución, cada vez se consolidaba más su dimensión docente y formadora de los jóvenes profesionales.

5.1.4.15 D. Enrique Romero Velasco (Médico Asistente y Becario para estudios tisiológicos).

Se incorporó como Médico Asistente el 6 de Agosto de 1.942. Es importante destacar su carácter de becario, pues esto muestra una nueva faceta docente por parte del Hospital del Rey. Así, poco después de incorporarse al Hospital solicitó a la Dirección General de Sanidad una Beca para realizar estudios sobre tuberculosis e infecciones.

En el informe realizado por el Director del Hospital del Rey, que acompañaba a la petición de Romero, se citaba lo siguiente:

“Es excombatiente, ha ganado Premio Extraordinario de Licenciatura este año en la Universidad de Valladolid, domina el Alemán y tiene publicados numerosos trabajos científicos”¹⁴⁵⁵.

¹⁴⁵³ Nombramiento con fecha de 24 de Febrero de 1.943 firmado por el Director General de Sanidad Don José Palanca. El haber anual se haría efectivo con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupos sexto, concepto correspondiente de la sección tercera del Presupuesto vigente.

APHR. Ficha personal de Francisco Torner.

¹⁴⁵⁴ Forma leucocitaria de la fiebre tifoidea (Presentado y aprobado por la Real Academia de Medicina de Madrid, para la beca de San Nicolás.)

Patogenia, formas clínicas y diagnóstico de la fiebre tifoidea (Premiado por la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid).

Perforaciones tíficas. Fisiopatología de las complicaciones tíficas. fiebre tifoidea en vacunados.

(Estos tres trabajos fueron presentados en la III Asamblea Nacional de Sanitarios).

Formas clínicas de la Tuberculosis pulmonar.

Del mismo modo, asistió con asiduidad y aprovechamiento al XVI Curso de Enfermedades Infecciosas dado en el Hospital del Rey desde el 16 de Mayo hasta el 17 de Junio de 1.950.

APHR. Ficha personal de Domínguez.

¹⁴⁵⁵ Acromegalia, un acromegálico y su posible tratamiento por las antihormonas.

Enanismo e Infantilismo con presentación de tres casos clínicos.

La Beca le fue concedida por el Patronato Nacional Antituberculoso para el Hospital del Rey, a pesar de ser una Institución que no estaba integrada en el mismo. La beca para estudios fisiológicos suponía que el interesado ingresaba como Médico Interno en el Hospital durante ese período¹⁴⁵⁶.

5.1.4.16 D. José Blázquez Vicente (Médico Interno Honorario y Gratuito).

En los documentos consultados de la Sección de Personal, la terminología con la que se denominaba a los Médicos que entraban a trabajar en el Hospital no está muy clara. Parece que cuando un profesional se incorporaba al Hospital por primera vez, pasaba una temporada como Médico Asistente. Es posible que esto supusiera un tiempo de prueba, tras lo cual podría incorporarse al Hospital como Médico de Guardia con carácter interino.

Sin embargo, en los documentos de Blázquez constan como sinónimos los términos de Médico asistente, Médico Residente, y Médico Agregado. Del mismo modo, se alude al mismo puesto con los términos de Médico de Guardia y Médico Interno. Todos estos cargos podían ocuparse con carácter honorario y gratuito, de modo interino o bien con plaza en propiedad.

Es lógico que durante periodo estudiado de la Guerra y posguerra inmediata, la terminología no estuviese del todo clara y se necesitaran años para cristalizar un escalafón más adecuado.

5.1.4.17 D. Bartolomé Rotger Moner (Médico Residente del Sanatorio de Húmera).

Fue uno de los médicos que, procediendo del Hospital del Rey, se incorporó como Residente al Sanatorio de Húmera en los años de la preguerra. El Director del Sanatorio de Húmera fue el Doctor Torres Gost, siendo lógico que incorporase como residentes del mismo a Médicos Asistentes del Hospital del Rey, a los cuales ya conocía por ser Jefe Clínico del

Un caso de Acondroplasia.

Traducción del alemán de "Origen y Tratamiento de la hipertireosis climatérica", de Feuchtinger.

Enfermedad de Cushing. Revisión de conjunto.

“Nos permitimos rogar que le sea concedida la citada Beca”.

Firmado por Don Antonio Vallejo Simón en Chamartín de la Rosa el 10 de Noviembre de 1.942.

APHR. Ficha personal de Romero.

¹⁴⁵⁶ Mediante Orden de 24 de Abril de 1.942, que resolvía el concurso de provisión de plazas de Becarios para estudios fisiológicos en los centros asistenciales del Patronato Nacional Antituberculoso, se le destinó a Romero al Hospital del Rey para practicar y llevar a cabo allí sus estudios con la gratificación de 250 pesetas mensuales.

APHR. Ficha personal de Romero.

Hospital.

Debido a la destrucción del Sanatorio durante la Contienda, en 1.939 la Dirección General de Sanidad dispuso que pasara a prestar servicio, en concepto de Agregado, en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas. Así, figura como Médico de Guardia agregado al Hospital en 1.941.

5.1.4.18 D. Fernando de Orteu y Achón (Farmacéutico).

Uno de los profesionales que primero se incorporó al Hospital del Rey fue la figura del farmacéutico. Como veremos más adelante, otros profesionales sanitarios tales como el Anatomopatólogo y el Bioquímico no se incorporarán hasta que pase cierto período de tiempo. En virtud del concurso anunciado en la Gaceta de Madrid de 16 Febrero de 1.925, y a propuesta del Tribunal correspondiente, Fernando Orteu se hace cargo de su plaza como Farmacéutico del Hospital del Rey, en Abril de 1.925¹⁴⁵⁷.

La Enfermería Victoria Eugenia estaba situada dentro del recinto del Hospital del Rey, pero funcionaba con total independencia de este último. Es cierto que la proximidad física provocó que algunos profesionales simultaneasen su tarea en ambos sitios (lo hemos visto en el caso de los Médicos de Guardia). Esta situación también la tendrá que vivir el Farmacéutico del Hospital del Rey:

“Su Majestad el Rey se ha servido disponer que Don Fernando de Orteu, que presta sus servicios en el Hospital del Rey en Chamartín de la Rosa como Farmacéutico, los preste a la vez en igual concepto, en la Enfermería Victoria Eugenia para tuberculosos”¹⁴⁵⁸.

El farmacéutico Don Fernando Orteu siguió prestando sus servicios en el Hospital del Rey hasta el día 10 de Agosto de 1.937, fecha en la que falleció. Así se lo comunica en una nota el Director del Hospital del Rey, Don Juan Torres Gost, al Delegado Regional de Sanidad, transmitiéndole el sentimiento de poner en su conocimiento la mala noticia.

¹⁴⁵⁷ Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad Murillo en Madrid, el 11 de Abril de 1.925, con el haber anual de 3.000 pesetas abonable con cargo al capítulo tercero, artículo sexto, del Presupuesto vigente. Don Fernando Orteu tomó posesión de su cargo el 24 de Abril de 1.925. El 22 de Enero de 1.927 se le confirma en el cargo de Farmacéutico del Hospital del Rey, con el sueldo anual de 3.500 pesetas.

APHR. Ficha personal de Fernando Orteu.

¹⁴⁵⁸ Real Orden dada en Madrid, el 9 de Abril de 1.927, y transmitida al Director de la Enfermería Victoria Eugenia a través del Director General de Sanidad Murillo.

APHR. Ficha personal de Fernando Orteu.

5.1.4.19 D. Jesús Jiménez Fernández de la Reguera (Jefe de Laboratorio).

Sabemos que, en los primeros años de funcionamiento del Hospital del Rey, el Laboratorio fue el servicio más difícil de cubrir. Para suplir la falta de Personal Técnico, se decidió nombrar un Mozo Técnico del Instituto Alfonso XIII. Se cubrieron así cinco años, hasta que fue nombrado Médico Encargado de Laboratorio el Doctor Jiménez por Real Orden de 20 de Diciembre de 1.930¹⁴⁵⁹.

En marzo de 1.932, es nombrado vocal de Oposiciones para las Plazas de Médicos Encargado de los Dispensarios antituberculosos¹⁴⁶⁰.

En la posguerra se produce su cese, debido a su intensa participación con el Gobierno Republicano¹⁴⁶¹.

5.1.4.20 D. Andrés Fadón González.

Desde el año 1.947, Gregorio Baquero contó con la colaboración de Andrés Fadón en el Laboratorio del Hospital del Rey, que se incorporó ese año como Médico asistente del Laboratorio. En el curso 1.959-60, consiguió el título de Oficial Sanitario en la Escuela Nacional de Sanidad. Y en el año 1.962, ingresó por Oposición en el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, siendo destinado en Comisión de Servicio al Laboratorio del Hospital del Rey como Médico Encargado de Análisis Clínicos.

Con los años, la relación profesional de Fadón con Baquero dio abundantes frutos científicos y una gran estabilidad y solidez al Laboratorio del Hospital del Rey. Así consta en declaración del Doctor Baquero:

¹⁴⁵⁹ En el mes de Marzo de 1.932, ya figura como Jefe de Negociado de Segunda Clase del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional. Un año más tarde, el 23 de Marzo de 1.933, se le asciende a Jefe de Negociado de Primera Clase con el haber anual de 8.000 pesetas, confirmándole en el cargo de Médico Encargado de Laboratorio del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

APHR. Ficha personal de Jiménez.

¹⁴⁶⁰ En marzo de 1.932, recibía el agradecimiento de la Dirección General de Sanidad por su actuación como vocal de las oposiciones a plazas de Médicos Encargados de los Laboratorios en los Dispensarios Antituberculosos.

Documento firmado por Marcelino Pascua, Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Jiménez.

¹⁴⁶¹ Así, en un informe escrito por el Director del Hospital del Rey, en 1.941, se decía lo siguiente: “Pertenece también a la Agrupación de Médicos Liberales. Fue Director General de Sanidad con el triunfo del Frente Popular, continuando en el mismo cargo durante la Guerra. Esto ocurrió cuando se publicaron en Madrid las cesantías del Personal de Sanidad. Después de la Liberación de Madrid desapareció, refugiándose probablemente en el extranjero”.

Documento firmado por Don Antonio Vallejo, en Chamartín de la Rosa el 22 de Enero de 1.941.

“El Doctor Fadón, Médico Ayudante de nuestro Servicio desde Julio de 1.947, efectúa diariamente los trabajos correspondientes a los Servicios de Bacteriología, Hematología y Química del Laboratorio, siendo nuestro sustituto durante la época anual de vacación y estando al corriente de todas las técnicas que se efectúan en el mismo. En colaboración, hemos efectuado trabajos de investigación bacteriológica, y hematológica. Normalmente, y en los cursos para Médicos que se efectúan en el Hospital, es profesor de clases prácticas del Servicio, dando regularmente conferencias a los cursillistas. Considero al Doctor Fadón como poseedor de una sólida preparación científica”¹⁴⁶².

Cuando en 1.962, el Doctor Fadón aprueba las oposiciones del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, su continuidad en el Hospital del Rey no fue algo automático. Se le destina en primera instancia a Albacete, quedando por tanto separado del Laboratorio del Hospital del Rey. En ese momento el Director Vallejo Simón expone las circunstancias actuales por las que pasa dicho Laboratorio, careciendo de la persona adecuada que se encargue del mismo. La petición de Vallejo nos ayuda a comprender el progresivo crecimiento del Hospital como generador de técnicas diagnósticas tanto en número como en calidad¹⁴⁶³.

Sorprende que pasados treinta y siete años después del comienzo del Hospital, figure solamente un profesional al frente del Laboratorio de una institución que está volcada en la asistencia que las enfermedades infecciosas. Esto habla muy positivamente a favor del Doctor Baquero, que tuvo que hacer frente él sólo a un ingente trabajo durante años. Y del mismo modo, esta situación traduce una cierta dejadez por parte de las autoridades sanitarias competentes.

Desde 1.964 hasta 1.976, Fadón fue Médico de Sanidad Nacional destacado en el Laboratorio del Hospital del Rey en Comisión de Servicio, como subjefe del mismo. Desde el 12 de Febrero de 1.976, debido a la jubilación del Doctor Baquero, previo concurso de traslados entre Médicos de Sanidad Nacional, fue nombrado Jefe del Departamento de Laboratorio.

APHR. Ficha personal de Jiménez.

¹⁴⁶² Documento firmado por el Doctor Baquero en Madrid el 7 de Enero de 1.956.

APHR. Ficha personal de Fadón.

¹⁴⁶³ “El Laboratorio de este Hospital ve aumentado considerablemente su volumen de trabajo y con la institución de nuevas y complicadas técnicas analíticas que requiere personal muy especializado, el cual escasea muchísimo. Actualmente no hay destinado al Laboratorio más facultativo que un Jefe de Laboratorio, perteneciente al Cuerpo de Sanidad Nacional; en caso de ausencia o enfermedad del mencionado Jefe queda el Laboratorio sin un Médico responsable que cuide de la labor del mismo. Como quiera que para el buen funcionamiento del Laboratorio, consideramos completamente necesario un facultativo más, y dada la escasez de este personal especializado, me permito solicitar que sea trasladado el Doctor Fadón perteneciente al Cuerpo de Sanidad Nacional, en Comisión de Servicios a este Hospital”.

Documento firmado por el Doctor Vallejo Simón en Madrid el 21 de Septiembre de 1.962.

APHR. Ficha personal de Fadón.

5.1.4.21 D. Julián Sanz Ibáñez.

En un Hospital de Enfermedades Infecciosas, se consideraba fundamental el disponer de profesionales que pudiesen hacerse cargo y llevar a cabo las técnicas novedosas diagnósticas que iban surgiendo en esos años. Así, el Director del Hospital del Rey dirigía el siguiente documento al Director General de Sanidad:

“Dada la importancia actual de los virus filtrables y la necesidad de que la clínica se aproveche de las modernas adquisiciones en relación con esta materia, considera esta Dirección que sería de gran utilidad y provecho crear una sección de Virus en el Laboratorio de este Hospital. De considerar usted atendible esta iniciativa, me permito proponerle para dirigir esta sección al Doctor Sanz cuya competencia y entusiasmo sobre esta materia es de todos conocida”¹⁴⁶⁴.

Desgraciadamente, la Dirección General de Sanidad desestimó la propuesta pues al parecer el mencionado Servicio era competencia del Instituto Nacional de Sanidad que ya venía realizando dichos trabajos¹⁴⁶⁵.

5.1.4.22 D. Ramón Martínez Pérez (Médico Anatomopatólogo).

Se incorporó al Hospital en el mes de Octubre de 1.932, prestando sus servicios en el Servicio de Anatomía patológica. El primer Anatomopatólogo que tuvo el Hospital fue el Doctor Don Luis Ramón y Cajal. En Marzo de 1.937, como otros de sus compañeros, fue confirmado en el cargo por el Gobierno Republicano¹⁴⁶⁶.

Varios meses más tarde, en Noviembre de 1.937, atendiendo las necesidades del Servicio, el Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad, le nombró Médico de Guardia con carácter interino del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas de Madrid, con destino al Servicio

¹⁴⁶⁴ Documento firmado por el Director del Hospital del Rey Don Antonio María Vallejo, en Chamartín de la Rosa, el 13 de Junio de 1.943.

APHR. Ficha personal de Sanz.

¹⁴⁶⁵ Contestación dada por Palanca en Madrid, el 26 de Junio de 1.943.

APHR. Ficha personal de Sanz.

¹⁴⁶⁶ Atendiendo a conveniencias del Servicio, la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Social, ha tenido a bien disponer que Don Ramón Martínez se encargue del Servicio de Médico Anatomopatólogo del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas de Madrid. Firmado en Valencia el 30 de Marzo de 1.937 por el Subsecretario del Ministerio. Ya hemos comentado en otras ocasiones que estos nombramientos lo que suponían en realidad era una confirmación en el cargo que el interesado ya desempeñaba con anterioridad.

APHR. Ficha personal de Martínez.

de Anatomía del mismo. Probablemente, el cambio de denominación de su plaza, estaba motivado al no existir en los presupuestos plaza para Anatomía Patológica. Por lo tanto, Martínez siguió ejerciendo como Anatomopatólogo, pero con plaza de Médico de Guardia¹⁴⁶⁷.

5.1.4.23 D. Luis Zamorano Sanabra.

Como ya hemos comentado, el Hospital del Rey no contó con un Anatomopatólogo, hasta 1.942. La necesidad que tenía el Hospital de dicho profesional se deja entrever en la siguiente carta del Director Vallejo Simón dirigida al Director General de Sanidad, en la que incluso propone una persona para ocupar dicha plaza. Dicho sea de paso, este método se realizaba con relativa frecuencia en esos años.

“Es deseo de esta Dirección, a fin de organizar un Servicio de Anatomía Patológica indispensable en este Hospital, que la plaza de Ayudante de Laboratorio, actualmente vacante, sea ocupada por un Anatomopatólogo interino, y además exista consignación para nombrar un Jefe que se encargue de este Servicio. Por estas razones, me permito proponer que interinamente sea nombrado para la plaza de Ayudante de Laboratorio Don Luis Zamorano Sanabra, ex combatiente y Profesor Auxiliar de Anatomía Patológica de la Facultad de Madrid”¹⁴⁶⁸.

Por parte del Ministerio, no se ponen trabas para realizar tal nombramiento, que se realiza con fecha de 11 de Marzo de 1.942, creando con carácter interino la plaza de Ayudante de Laboratorio del Hospital del Rey. Esto tiene sus consecuencias burocráticas, pues realmente no se crea la plaza de Anatomía Patológica, sino que una plaza vacante de Médico de Laboratorio se utiliza para que pueda incorporarse al Hospital un Anatomopatólogo¹⁴⁶⁹.

En 1.943, intentando dar una mayor estabilidad a esta plaza, Vallejo Simón solicita que

¹⁴⁶⁷ De hecho, consta en un certificado de Don Eugenio Vázquez, Administrador del Hospital del Rey, en 1.939 que antes de ser nombrado Médico de Guardia en 1.937, Martínez cobraba sus haberes como Anatomopatólogo a cargo del fondo de estancias de enfermos pensionistas. Lo que confirma que esta plaza no estaba presupuestada.

APHR. Ficha personal de Martínez.

¹⁴⁶⁸ Documento firmado en Chamartín de la Rosa, el 27 de Febrero de 1.942, por el Director del Hospital del Rey, y dirigido al Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

¹⁴⁶⁹ Este ministerio, atendiendo a necesidades urgentes del Servicio y de conformidad con la autorización conferida en la Ley de 4 de Junio de 1.940, ha tenido a bien nombrar con carácter interino, Ayudante de Laboratorio del Hospital del Rey, a Don Luis Zamorano Sanabra, con el haber anual de 4.000 pesetas que se harán efectivas con cargo al capítulo primero, artículo primero, grupo sexto, concepto correspondiente de la sección tercera del Presupuesto vigente. Dado en Madrid 11 de Marzo de 1.942 y firmado por el Director General de Sanidad, Don José Palanca. Don Luis Zamorano tomó posesión de su cargo el 12 de Marzo de 1.942.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

Zamorano pase a ocupar en propiedad el puesto de Anatomía Patológica¹⁴⁷⁰. Realmente, es sorprendente que dicha plaza no estuviese contemplada desde un inicio en la organización del Hospital. Recordemos que era práctica habitual en el Hospital la realización de estudios necrópsicos.

El problema era que dicha plaza no estaba contemplada como tal en los Presupuestos vigentes, por lo que se tuvo que recurrir a la ayuda de las Cajas de Fondos Especiales de la Dirección General de Sanidad, que era una fuente que permitía hacer frente a los imprevistos.

De nuevo, el Ministerio no opuso ninguna resistencia a nombrar Luis Zamorano, Médico Jefe de los Servicios de Anatomía Patológica del Hospital del Rey¹⁴⁷¹. No obstante, no se lograba la estabilidad que se quería dar a dicha plaza, pues se detallaba que en cualquier momento podría disponerse la supresión de dicha plaza, bien por carecerse de recursos suficientes o por cualquier otra causa. La razón era la ya comentada de que dicha plaza no estaba presupuestada.

Posteriormente, el 17 de Marzo de 1.944 se convoca Concurso-Oposición, para cubrir la plaza de Médico Ayudante de Laboratorio del Hospital del Rey (recordemos que Zamorano la poseía con carácter interino). Como resultado de dicha convocatoria, se nombra a Don Luis Zamorano Médico Ayudante de Laboratorio del Hospital del Rey con plaza en propiedad¹⁴⁷². Este nombramiento supuso su cese como Médico Jefe de los Servicios de Anatomía Patológica. Es decir, seguía existiendo el problema de la imposibilidad de transformar la plaza de Ayudante de Laboratorio en la de Anatomopatólogo.

Por fin en 1.949, se crea por la vigente Ley de Presupuestos la plaza de Médico Encargado de los Servicios de Anatomía Patológica en la plantilla de Personal del Hospital del Rey¹⁴⁷³. Mientras se procede a la provisión reglamentaria de la mencionada plaza vacante, se nombra Luis Zamorano Sanabra Médico Encargado de los Servicios de Anatomía Patológica con carácter

¹⁴⁷⁰ “Considerando esta Dirección que la plaza de Jefe del Servicio de Anatomía Patológica debe considerarse como una de las atenciones omitidas en los vigentes Presupuestos, e indispensable para el aprovechamiento del abundante material de que dispone este Hospital, esta Dirección se permite rogar se digne proponer la creación de la plaza de Jefe de los Servicios de Anatomía Patológica de este Hospital con el haber anual de 8.000 pesetas. Para ocupar dicha plaza, me permito proponer a Don Luis Zamorano Sanabra, que como Ayudante de Laboratorio viene desempeñándola desde 1.942, con gran interés y competencia”.

Documento firmado por Don Antonio Vallejo Simón en Chamartín de la Rosa, el 27 de Abril de 1.943 y dirigido al Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

¹⁴⁷¹ Documento firmado por el Director General de Sanidad en Madrid, el 2 de Julio de 1.943. Ese mismo día, Zamorano Sanabra tomó posesión de su cargo como Jefe de los Servicios de Anatomía Patológica del Hospital del Rey.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

¹⁴⁷² A dicha oposición se presentó también Manuel Albert Lasiera. El nombramiento se hizo con el haber anual de 4.000 pesetas con fecha de 11 de Octubre de 1.944, firmado por el Director General de Sanidad Don José Palanca.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

¹⁴⁷³ Documento firmado en Madrid el 23 de Marzo de 1.949, por el Director General de Sanidad.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

interino. Realmente, llama poderosamente la atención el hecho de que un Hospital como el estudiado, que basaba una buena parte de sus diagnósticos en el estudio de Anatomía Patológica, no dispusiera de una plaza presupuesta como tal hasta pasados veinticinco años después de su inauguración.

Posteriormente, Zamorano pasaría a ser el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital del Rey y, más tarde, Catedrático de Anatomía Patológica por la Universidad de Salamanca, pidiendo la excedencia en su cargo del Hospital del Rey.

En Octubre de 1.964, en su carta de despedida dirigida al Director Torres Gost, mostraba que su trayectoria profesional durante los años de trabajo en el Hospital le había forjado un profundo afecto hacia la Institución y hacia sus compañeros¹⁴⁷⁴.

D. Arturo Perera Prats (Cirujano).

En virtud de Concurso, en 1.927, Arturo Perera es nombrado Visitador de Clínica dependiente de Sanidad y Cirujano de la Enfermería Victoria Eugenia así como del Sanatorio Lago con el sueldo de 6.000 Ptas¹⁴⁷⁵.

En el libro de Torres Gost, en el listado de personal que figura desde 1.927 hasta 1.936, Perera es citado como Cirujano. En este caso, volvemos a comprobar que ambas Instituciones, Hospital del Rey y la Enfermería Victoria Eugenia, compartían determinados profesionales¹⁴⁷⁶.

Con posterioridad, en Junio de 1.942, Perera pidió la renuncia al cargo, que le fue aceptada por el Director General de Sanidad, Don José Palanca.

5.1.4.24 D. Luis Nistal Luengo (Cirujano).

En los documentos consultados aparece que las plazas de Cirujano y Radiólogo fueron provistas simultáneamente en el tiempo. En concreto, en 1.942, se lleva a cabo la provisión interina de los cargos de Cirujano y Radiólogo del Servicio de las Instituciones Sanitarias

¹⁴⁷⁴ “Mi querido amigo y respetado Director, recibí su muy atenta carta y pongo a su disposición mi excedencia. Esto no quiere decir, en modo alguno, que no conserve contacto con ese Hospital al cual debo no sólo gran parte de mi formación, sino que me unen a él muy cordiales afectos que en modo alguno quiero que lleguen a enfriarse. Mi relación con usted de modo especial, como compañero y como Director, ha sido siempre tan afectuosa de su parte que no tengo más que motivos de agradecimiento a su bondad, comprensión y caballerosidad. Le envía un muy afectuoso saludo su buen amigo que mucho le admira y quiere”.

APHR. Ficha personal de Luis Zamorano.

¹⁴⁷⁵ Real Orden de 20 de Mayo de 1.927, firmada por el Director General de Sanidad Don Francisco Murillo, y dirigida al Director de la Enfermería Victoria Eugenia.

APHR. Ficha personal de Perera.

¹⁴⁷⁶ TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 73-74, 1.975.

Centrales, que designan para tal cargo a los entonces profesores Médicos de la Escuela Residencia de Enfermeras Visitadoras.

El Doctor Nistal era uno de estos profesores y pasa a ocupar la Plaza de Cirujano del Servicio de Instituciones Sanitarias Centrales.

El mismo año de 1.942, en Julio, Nistal tomó posesión del cargo de Cirujano del Hospital del Rey¹⁴⁷⁷. Esto plantea la duda sobre si había habido actividad quirúrgica en el Hospital desde el final de la Guerra Civil. Desde 1.927, el Cirujano del Hospital fue D. Arturo Perera Prats, pero no sabemos si permaneció durante la Contienda en el Hospital.

Como buen cirujano, Nistal quizás estaba más centrado en su actividad quirúrgica que en la burocracia del día a día del Hospital. Así, no es infrecuente que reciba misivas desde la Dirección del Hospital recordándole ciertos aspectos de su función como Cirujano:

“Para confeccionar el resumen estadístico de la labor realizada por el Hospital del Rey durante el año 1.945, le ruego que remita a esta Dirección nota detallada de los servicios realizados en el Servicio de Cirugía que usted dirige”¹⁴⁷⁸.

5.1.4.25 D. Antonio Alberola Restoll (Médico Cirujano-Ginecólogo).

La figura de este Médico vuelve a mostrar una de las carencias del Hospital, en este caso en el terreno de la Ginecología, así como las dificultades que tenía la Dirección de este centro para imponer su criterio frente a la Dirección General de Sanidad.

El Doctor Alberola, figura como Médico Asistente desde el 1 de Septiembre de 1.943. En los datos de su historial, figura que fue Cirujano Director de los hospitales de la United Fruit Company en Puerto Armuelles y Almirante en la República del Panamá.

Se encontraba en España a consecuencia de la Guerra Mundial. Tenía la especialidad de Ginecología y llevaba varios meses resolviendo los problemas ginecológicos que se presentaban en el Hospital. Por ello, desde la Dirección se pidió su nombramiento como Médico para los

¹⁴⁷⁷ Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad Don José Palanca en Madrid el 16 de Junio de 1.942. APHR. Ficha personal de Nistal.

¹⁴⁷⁸ “Me permito llamar la atención de usted pues hay varios enfermos que llevan algún tiempo sin observar y que requieren sean vistos por usted. Le ruego que a la mayor brevedad los atienda, sobre todo al empleado fracturado que creemos que debe corregirse el vendaje”.
Notas de Dirección Médica de 1.946-47.
APHR. Ficha personal de Nistal.

Servicios de Obstetricia y Ginecología, con carácter honorario y gratuito, en Septiembre de 1.943.

La Dirección General de Sanidad se negó a tal nombramiento por dos motivos: en primer lugar teniendo en cuenta las disposiciones vigentes sobre la admisión de súbditos extranjeros al servicio del Estado, y en segundo lugar porque no procedía por no existir dentro de la organización técnica del Hospital Servicio de tal índole. No obstante, se permitió que fueran utilizados de forma gratuita los competentes Servicios del Doctor Alberola, prometiéndole de la oportuna designación¹⁴⁷⁹.

Entre los documentos que acreditada la conducta de Alberola existía una carta expedida por la Delegación de España en Panamá en la cual se recomendaba con fervor al interesado¹⁴⁸⁰.

5.1.4.26 D. Ángel Vázquez Rodríguez (Odontólogo).

Poca información disponemos de este profesional. No obstante, sabemos que en 1.936 era Médico Odontólogo de los Establecimientos de Instituciones Sanitarias, destinado en el Hospital del Rey, y tenía 47 años.

No salió muy bien parado en la Posguerra, pues participó activamente del lado de los Republicanos¹⁴⁸¹. Permaneció en el Hospital desde el comienzo de la Guerra, hasta que huyó de Madrid, por la proximidad del Ejército Nacional¹⁴⁸².

Evidentemente, este Médico no aparece como personal del Hospital después de la Guerra

¹⁴⁷⁹ Así, en virtud de la autorización concedida por el Director General de Sanidad, con fecha de 29 de Noviembre de 1.943, el Doctor Alberola quedó designado como Médico Agregado del Hospital del Rey para encargarse con carácter honorario y gratuito de los Servicios de Toco-Ginecología.

Nombramiento firmado por Don Antonio Vallejo, Director del Hospital del Rey el 1 de Diciembre de 1.943.

APHR. Ficha personal de Alberola.

¹⁴⁸⁰ “Ha prestado buenos y eficaces servicios a la Causa Nacional, habiéndose adherido a ella desde los primeros momentos, sufriendo persecuciones por ello, por todo lo cual se le recomienda a las Autoridades competentes Españoles, esperando se le concedan las más amplias facilidades durante su permanencia en España, compatibles con las disposiciones vigentes, a donde se dirige por asuntos familiares, dejando en esta República bienes e intereses, y en donde tiene una clínica establecida en la ciudad de Colón”.

Firmado por Don Manuel Oños Plandolit, Cónsul General de España en Panamá, a 15 de Febrero de 1.942.

APHR. Ficha personal de Alberola.

¹⁴⁸¹ Así, entre sus antecedentes figura que pertenecía desde antes de Julio de 1.936 al Partido Unión Republicana. También perteneció al Sindicato de Sanidad en la Sección de Odontólogos con el carnet 524 y fue profesional del Colegio Oficial de Odontólogos de Madrid desde su fundación, con el carnet 149. En un cuestionario presentado ante el Gobierno Republicano para mostrar su adhesión al mismo, respondía que cumplía en 1936 en todo momento como funcionario y cooperando social y materialmente en ayuda al régimen y en contra del movimiento faccioso. Declaraba asimismo que estaba inscrito en la milicias de veteranos de Unión Republicana.

Documento firmado por D. Ángel Vázquez Rodríguez el 26 de Octubre de 1.936, presentado ante el Gobierno Republicano.

APHR. Ficha personal de Vázquez.

¹⁴⁸² Informe firmado por los Doctores Tapia y Sobrini.

APHR. Ficha personal de Vázquez.

Civil. Suponemos que fue separado del Servicio, con pérdida de todos sus derechos laborales. No obstante, es interesante ilustrar que en el Hospital del Rey existían profesionales de especialidades no directamente relacionadas con la atención de las enfermedades infecciosas. Es lógico comprender que los enfermos ingresados necesitaban de algún profesional que pudiese atenderles desde el punto de vista odontológico. No olvidemos además, que con relativa frecuencia algunas complicaciones infecciosas, como las neumonías por broncoaspiración o las bacteriemias, tienen su origen en patología bucal o en la deficiente salud dentaria.

5.1.4.27 D. Eusebio Bejarano de Rozas (Otorrinolaringólogo).

Prestó sus servicios en el Hospital del Rey, desde el 1 de Abril de 1.927 hasta Septiembre de 1.930. Desde Septiembre de 1.930 hasta 1936, sustituía al Doctor Arana en sus enfermedades, permisos, etc. Y desde el 28 de Marzo de 1.939, se volvió a reincorporar al Hospital.

Es importante hacer señalar que un Hospital de Enfermedades Infecciosas, desde casi sus comienzos contaba con un profesional especializado en el terreno de la otorrinolaringología.

En 1.940, figuraba como Otorrinolaringólogo de los Servicios Provinciales de Sanidad de Toledo y en ese mismo año fue trasladado para prestar sus servicios en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas¹⁴⁸³.

5.1.4.28 D. José Miñana Hernández (Radiólogo del Hospital del Rey).

Este Médico ya figura como Radiólogo del Hospital justo al acabar la Guerra. Su caso es interesante, pues compagina su labor profesional como Radiólogo, atendiendo al Hospital del Rey y a la Enfermería para Tuberculosos Victoria Eugenia. Ya hemos señalado en diversas ocasiones que estas Instituciones funcionaban de una manera completamente independiente. No obstante, la escasez de personal obligaba a que algunos profesionales ejerciesen su trabajo a la vez en ambos sitios. Esta situación en ocasiones originaba problemas de compatibilidad de horarios, originando quejas por parte de la Dirección Médica del Hospital del Rey¹⁴⁸⁴.

¹⁴⁸³ Nombramiento firmado por el Director General de Sanidad, D. José Palanca, en Madrid, el 5 de Febrero de 1.940.

APHR. Ficha personal de Bejarano.

¹⁴⁸⁴ Así, se le hace llegar un escrito de la Dirección del Hospital del Rey, comunicándole lo siguiente: “Me permito recordarle que según órdenes de la Superioridad, el Servicio de este Hospital ha de ser diario y de nueve a una. Como los especialistas entre los cuales se encuentra usted, deben atender mientras otra cosa no se disponga, tanto la Enfermería como este Hospital, esta Dirección considera que por el momento debe dedicar tres días a la semana a cada establecimiento. Para la buena marcha del Servicio es indispensable que señale que días va a destinar a este Hospital. Esos días fijos es preciso que acuda al servicio dentro de las horas señaladas, pues no es posible que siga con la irregularidad con que funciona actualmente”.

El Doctor Miñana decidió renunciar a su cargo como Radiólogo del Servicio de Instituciones Sanitarias en 1.942.

5.1.4.29 D. José Palacios y Olmedo (Director de la Enfermería Victoria Eugenia para Tuberculosos).

Aunque lógicamente no tiene nada que ver con el Hospital del Rey, aludimos al Doctor Palacios por la importancia de la Institución que dirigió y la proximidad física al Hospital del Rey. Fue nombrado director de la Enfermería Victoria Eugenia, el 9 de Febrero de 1.927¹⁴⁸⁵.

En Marzo de 1.927, fue nombrado para el Tribunal examinador de los ejercicios del concurso para proveer una plaza de Médico Residente del Sanatorio Lago en Tablada, junto con los señores Don Víctor María Cortezo, Inspector General de Instituciones Sanitarias, y Don Julio Blanco, Director del Sanatorio Lago.

Como hemos dicho, la proximidad física de ambas instituciones provocó el solapamiento de algunas de sus funciones. Por ejemplo, el 1 de Agosto de 1.931, Pedro Zarco, que era Jefe Clínico del Hospital del Rey, firma como Director Accidental de la Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa, el nombramiento como Médico de Guardia de Juan Vega López.

No sabemos qué ocurre con Don José Palacios, pero en Noviembre de 1.932 figura en los documentos como Director de la Enfermería Don Francisco Rodríguez de Partearroyo.

Y como ya hemos dicho en otras ocasiones, en la etapa de la posguerra, es Antonio María Vallejo de Simón quien figura al frente de ambas instituciones como Director. No es que se fundieran en una sola, pero pasó a existir un solo Director de modo temporal. Es decir, los documentos oficiales referentes al personal de la Enfermería Victoria Eugenia, desde 1.939 hasta por lo menos 1.942 van firmados por el Director Antonio Vallejo de Simón.

5.1.4.30 D. José Abello Pascual (Jefe de Clínica).

Se incorporó a la Enfermería Victoria Eugenia para tuberculosos como Médico Ayudante Clínico del Director el 9 de Febrero de 1.927¹⁴⁸⁶.

Documento firmado por el Director Don Antonio María Vallejo en Chamartín de la Rosa, el 13 de Diciembre de 1.940.

APHR. Ficha personal de Miñana.

¹⁴⁸⁵ Nombramiento firmado por Martínez Anido, Director General de Sanidad con el haber anual de 7.000 pesetas. Don Víctor María Cortezo y Collantes, Inspector General de Instituciones Sanitarias certificó la toma de posesión el 10 de Febrero de 1.927. No obstante, se nombró a Don José Palacios Director de la Enfermería Victoria Eugenia, con plaza en propiedad por Real Orden de 20 de Mayo de 1.927, firmado por Don Francisco Murillo.

APMS. Ficha personal de Palacios.

¹⁴⁸⁶ El 20 de Mayo de 1.927, en virtud del Concurso fue nombrado por Real Orden Médico Ayudante Clínico del

En 1.932, se le autorizó poder realizar estudios sobre tuberculosis en distintos puntos de Europa en atención a haber sido premiado por la Sociedad Médico-Quirúrgica de Madrid. En 1.936, figuraba ya como Jefe Clínico de la Enfermería y solicitó un mes de permiso por enfermedad. Sin embargo, no pudo empezar a disfrutar de dicho permiso, pues por Decreto de 15 de Agosto de 1.936, en virtud de lo prevenido en los Decretos de la Presidencia del Consejo de Ministros de 21 y 31 de Julio de 1.936, fue decretada su separación definitiva del Servicio con pérdida de todos sus derechos en el Cuerpo Médico de la Lucha Antituberculosa.

En la inmediata posguerra, se disolvió algo la independencia que tenían las dos instituciones del Hospital del Rey y la Enfermería de Chamartín (antes Victoria Eugenia) para tuberculosos. En primer lugar, consta como Director de ambos centros el Doctor Vallejo. Además, algunos profesionales de la Enfermería pasan a trabajar al Hospital del Rey, y viceversa. Así en septiembre de 1.939, Abello figura como Jefe Clínico del Pabellón de Tuberculosos del Hospital del Rey.

Director de la Enfermería Victoria Eugenia para tuberculosos con plaza en propiedad. Don José Palacios Olmedo, como Director de la Enfermería, certificó su incorporación.
APHR. Ficha personal de Abello.

5.2 LEGISLACIÓN DEL HOSPITAL DEL HOSPITAL DEL REY.

Creemos que es de gran importancia destacar cuáles son los hitos legislativos que permitieron el desarrollo del Hospital del Rey. A través de la mención del futuro Hospital de Epidemias en las distintas Leyes y Órdenes, podemos deducir la importancia que tenía en los círculos sanitarios y políticos años antes de su inauguración.

Largo es el camino legal seguido hasta la definitiva creación del Hospital, sufriendo numerosos olvidos, en parte debido a la carestía económica, los vaivenes de la política y los sucesivos cambios de gobierno, cuyos políticos distaban mucho de tener las enfermedades infecciosas como primera preocupación. Intentaremos resumir las principales Leyes que constituyen auténticos jalones para el Hospital del Rey. Nos basamos para ello en diversos autores que ya han trabajado de forma exhaustiva el tema.

El 28 de Noviembre de 1.855 aparece en España la primera Ley de Sanidad. En ella se prevé y desarrolla las normas llamadas a promover el desenvolvimiento de servicios sanitarios en puertas y fronteras (Sanidad Exterior e Interior)¹⁴⁸⁷.

Este código permaneció vigente casi un siglo y en el año 1.904 pudo ser actualizado gracias a la promulgación de la Institución General de Sanidad.

Entre una y otra aparece la Real Orden de 1.891, y en ella la más antigua referencia oficial al propósito que anima a construir un Hospital de Epidemias. En esta Ley se prevén las condiciones económicas para la construcción del citado Hospital. Se hace referencia por parte del Señor Ministro Bahamonde de las deficiencias de los Hospitales de la capital. También se recuerda el dictamen emitido por el Real Consejo de Sanidad en el que se indicaba como lugar preferente para la construcción del Hospital de Epidemias el Campo de La Moncloa y la cesión de este sitio (50.000 metros cuadrados de terreno) por parte del Ministerio de Fomento¹⁴⁸⁸.

A pesar de esta legislación, se retrasa la llegada del ansiado hospital por no disponer de créditos y recursos económicos. El hecho cierto es que hay un clima propicio a principios del siglo XX para el planteamiento de la creación de un Hospital para enfermos infecciosos y lo corroboran varios hechos, que a continuación detallamos.

¹⁴⁸⁷ SÁENZ VALIENTE, Pilar, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 6, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹⁴⁸⁸ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

Por el Real Decreto de 27 de Diciembre de 1.907, el Rey D. Alfonso XIII, preocupado por el grave problema de la tuberculosis, que segaba la vida de 40.000 españoles al año, y que le había dejado huérfano antes de nacer, crea el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones antituberculosas¹⁴⁸⁹. La Reina Victoria Eugenia asume la presidencia y le dedica sus desvelos.

Poco después, a impulsos de Martínez Salazar, Inspector General de Sanidad, por Real Orden del Ministerio de la Gobernación del 24 de Abril de 1.913, firmada por el Ministro Alba, se encargó al Arquitecto de la Inspección General de Sanidad Ricardo García y Guereta, el estudio y formación de un proyecto de Hospital para el tratamiento y aislamiento de enfermos infecciosos en esta Corte, que hasta entonces se atendían en el Hospital Provincial, donde la ubicación y el hacinamiento dificultaban el aislamiento¹⁴⁹⁰.

Posteriormente se legisla la Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916¹⁴⁹¹ que es la que realmente dio origen al actual Hospital de Enfermedades Infecciosas de Madrid. Esta Disposición consta de dos partes: un preámbulo y una parte dispositiva propiamente dicha¹⁴⁹².

El preámbulo, tras el cual se ve la sombra de Don Manuel Martín Salazar, es una justificación de la construcción del Centro y a la vez sirve como un magnífico compendio de doctrina sanitaria. Se hace hincapié en los siguientes puntos:

Aislamiento-Asistencia: El Real Decreto planteó crear diez hospitales de enfermedades Infecciosas en provincias, definiendo la necesidad urgente de contar en la capital de España con un Hospital de aislamiento para enfermos contagiosos graves ya que las Salas de Infecciosos del Hospital Provincial eran insuficientes.

Investigación: Se pretendía que el futuro Hospital abordase una faceta de investigación coordinándose en esta labor con el Instituto Nacional de Higiene “Alfonso XIII”.

Enseñanza: Se vincula al centro una tarea docente no sólo desde el punto de vista clínico sino incluyendo otros aspectos sanitarios, epidemiológicos, inmunológicos y microbiológicos, pretendiendo constituir una Escuela de Médicos Higienistas, idea previsor de lo que posteriormente fue la Escuela Nacional de Sanidad.

¹⁴⁸⁹ *Gaceta de Madrid*, Real Decreto de 27 de Diciembre de 1.907, que suscribe D. Juan de la Cierva (Gaceta de 1.928). Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunwerb Editores, Pág. 153-154, 2002.

¹⁴⁹⁰ Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunwerb Editores, Pág. 153-154, 2002.

¹⁴⁹¹ *Gaceta de Madrid*, Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916. Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunwerb Editores, Pág. 153-154, 2002.

¹⁴⁹² Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

La parte dispositiva de la Real Orden de 1.916¹⁴⁹³ decreta la creación u constitución de un “Junta Técnica Asesora e Inspectora” de las obras para la construcción del Hospital, fijándose sus componentes: Inspector General de Sanidad del Reino, Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, un médico Higienista del Instituto Alfonso XIII, dos médicos del Hospital, un Arquitecto especializado y un Secretario designado por la Inspección General de Sanidad. Esta Junta designó una ponencia integrada por el Arquitecto García Guereta y por el Subinspector de Sanidad, Francisco Tello, que elaboraron un proyecto de Hospital de pabellones, siguiendo el modelo del Hospital Pasteur de París¹⁴⁹⁴. La Memoria relativa a dicho proyecto no se publica hasta 1.919.

En 1.918, gracias a los catastróficos efectos de la epidemia de Gripe, Martínez Salazar consigue que se aceleren los trámites y se saca a concurso la compra de un solar para la construcción del futuro Hospital. Se aprueba la oferta del Señor Eguiguren de unos terrenos del término municipal de Chamartín de La Rosa (Real Orden de 29 de Noviembre de 1.918)¹⁴⁹⁵.

Tanto en la Institución General de Sanidad (1904), como en el Real Decreto de 10 de Enero de 1.919, firmada por el Ministro Ruiz Jiménez, llamados a completar la anticuada Ley de Sanidad de 1.855, se dedican varias páginas y capítulos a las medidas preventivas contra infecciones y epidemias, imponiéndose la obligación ineludible de declarar las enfermedades transmisibles y determinando el aislamiento forzoso cuando los impusieran las circunstancias. Es evidente que el aislamiento era difícil de llevar a cabo, al carecer de Instituciones idóneas para poder realizarlo¹⁴⁹⁶.

A partir de la publicación del Real Decreto de 1.919, puede decirse que la construcción del Hospital era un hecho.

En la Ley de Presupuestos para 1.920-21 figura el crédito “Para construcción del Hospital del Rey en Madrid”¹⁴⁹⁷.

Por Decreto de 1 de Noviembre de 1.922¹⁴⁹⁸, el Ministro Piniés nombra Director Técnico y Facultativo, con carácter honorario y gratuito, del Hospital del Rey a Don Gregorio Marañón y

¹⁴⁹³ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

Gaceta de Madrid, Preámbulo de la Real Orden de 9 de Septiembre de 1.916, por la que se crea la Junta Técnica Asesora e Inspectora de las obras para la construcción del Hospital. Firmado por Ruiz Jiménez. Inspector de Sanidad. Publicado el 10 de Septiembre de 1.916.

¹⁴⁹⁴ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁴⁹⁵ *Gaceta de Madrid*, Real Orden de 29 de Noviembre de 1.918. Publicado el 3 de Diciembre de 1.919.

¹⁴⁹⁶ SÁENZ VALIENTE, PILAR, *Las enfermedades transmisibles en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas*, Madrid: Tesis Doctoral, Pág. 7, 1.976-1.977 (con autorización de la autora).

¹⁴⁹⁷ Ley de Presupuestos para 1.920-1.921. Capítulo XXXVII. Recogido y cedido por D. Ramón Navarro en su Historia de Sanidad, pendiente de publicación.

Posadillo, el primer Director del Hospital¹⁴⁹⁹. Sin embargo, el veintidós de Mayo de 1.924, Marañón renuncia a la dirección del mismo, por problemas políticos durante la Dictadura de Primo de Rivera¹⁵⁰⁰. Por Real Orden de 7 de Octubre de 1.924 se convoca el Concurso-Oposición para la plaza de Director Médico del Hospital del Rey, y el treinta de Diciembre se forma el Tribunal que preside Simoneda, actuando de vocales Arredondo, Casares Gil, Ortiz de Landázuri y Sadí de Buen.

La Ley de 6 de Julio de 1.922¹⁵⁰¹ de Presupuestos, prevé la creación de la Escuela Nacional de Sanidad sobre la base del Instituto Nacional de Higiene “Alfonso XIII” y el Hospital del Rey. Y el Real Decreto-Ley de 9 de Diciembre de 1.924¹⁵⁰², crea la Escuela Nacional de Sanidad.

Al inaugurarse el Hospital del Rey en 1.925, ese mismo año se aprueba el Reglamento de Régimen Interno y por Real Orden de 29 de Julio de 1.925 se autorizó la instalación de plazas de pago¹⁵⁰³.

El 15 de Septiembre de 1.925 la Dirección General de Sanidad autoriza a la Dirección del Hospital del Rey para admitir enfermos infecciosos de ambos sexos¹⁵⁰⁴. Sin embargo consta que en Enero de 1.925 ya se habían producido algunos ingresos. Es más, al finalizar el mes de Febrero de 1.925, el Hospital del Rey ya había aislado y tratado un total de 75 enfermos infecciosos, y en el primer año (1.925) pasaron por el Hospital 637 enfermos infecciosos¹⁵⁰⁵.

Por Decreto del 10 de Junio de 1.930, se aprobaron las bases para los reglamentos de Instituciones sanitarias, entre las que se incluyen el Hospital del Rey como dependiente directamente del Estado¹⁵⁰⁶.

¹⁴⁹⁸ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹⁴⁹⁹ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹⁵⁰⁰ *Gaceta de Madrid*, 25 de Mayo de 1.924 (aceptación de la renuncia de Marañón). Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹⁵⁰¹ Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunverb Editores, Pág. 153-154, 2002.

¹⁵⁰² Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunverb Editores, Pág. 153-154, 2002.

Real Decreto firmado por Don Antonio Magoz durante la dictadura de Primo de Rivera.

¹⁵⁰³ Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunverb Editores, Pág. 153-154, 2002.

¹⁵⁰⁴ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹⁵⁰⁵ Conferencia de Figueroa Egea con motivo del cincuentenario del Hospital del Rey. *Profesión Médica*, Madrid: 10 de Julio de 1.975.

¹⁵⁰⁶ Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunverb Editores, Pág. 153-154, 2002.

Al proclamarse la II República, por Orden de 7 de Mayo de 1.931, el Hospital del Rey pasó a denominarse, oficialmente, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, a pesar de que la gente le siguiera llamando Hospital del Rey¹⁵⁰⁷.

El Decreto de 27 de Enero de 1.941 (BOE del 5 de Marzo), confiere al Director del Hospital del Rey categoría de Profesor Agregado¹⁵⁰⁸.

Y por último, por Orden del 22 de Diciembre de 1.944, a propuesta del Director General de Sanidad, Palanca, se aprobó el Reglamento de Régimen interior del Hospital del Rey que sustituyó al de 1.925, y además, recupera su nombre sin perder categoría de Hospital Nacional¹⁵⁰⁹.

¹⁵⁰⁷ Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunverb Editores, Pág. 153-154, 2002.

¹⁵⁰⁸ *Boletín Oficial del Estado*, Decreto de 27 de Enero de 1941, Madrid: 5 de Marzo de 1.941.

¹⁵⁰⁹ Recogido y cedido por D. Ramón Navarro de su libro: NAVARRO, RAMÓN, *Historia de la Sanidad en España*, Madrid-Barcelona: Lunverb Editores, Pág. 153-154, 2002.

5.3 PROTECCIÓN DE LOS EDIFICIOS DEL HOSPITAL DEL REY.

Una prueba del valor arquitectónico de los edificios del Hospital del Rey es la protección ofrecida por parte de las autoridades madrileñas.

Estos edificios gozan de un nivel II de protección. Se incluyen aquellos edificios cuyas características constructivas y volumétricas son igualmente del mayor interés, aunque la existencia en su interior de zonas de menor valor arquitectónico hacen que pueda ser autorizado un régimen de obras más amplio al que pueda corresponder el nivel I¹⁵¹⁰.

5.4 LOS JARDINES DEL HOSPITAL DEL REY. HOSPITALES COETÁNEOS AL HOSPITAL DEL REY.

En un principio, los pabellones del Hospital del Rey están rodeados de terrenos áridos y sin jardines. Pero poco a poco, se va creando un recinto vallado en el que se crea un jardín adecuado para recrear la vista de los pacientes gravemente enfermos. Para el estudio de estos jardines nos hemos basado en dos memorias históricas, encargadas por el propio Hospital en diferentes fechas¹⁵¹¹.

En los años 20 del siglo pasado, los jardines tienden a simplificarse, desprendiéndose de barroquismos. Dentro de esa tipología se enmarcan los jardines y zonas verdes del Hospital del Rey. El autor de estos jardines tuvo que amoldarse al estilo de los edificios creados por el arquitecto García Guereta (autor de los pabellones I-II-III y el pabellón Victoria Eugenia).

No puede decirse que hubiera grandes escuelas de jardinería en el Madrid de ese momento, pero lo poco que había estaba muy ligado a los círculos de Arquitectura de la época. Especial relevancia tiene en ese contexto el jardinista Javier de Winthuysen, al cual no es aventurado el adjudicar la autoría de los jardines del Hospital¹⁵¹².

¹⁵¹⁰ Reglamentación del Ayuntamiento de Madrid. 1.997.

¹⁵¹¹ CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986.

RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín. Instituto de Salud Carlos III. Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

¹⁵¹² CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986.

RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín. Instituto de Salud Carlos III. Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986.

Con mirada atenta se aprecian muchos rasgos comunes entre los proyectos y realizaciones de Winthuysen y los jardines del Hospital del Rey.

Se elige la estructura del jardín latino-árabe, con sus especies tradicionales: el Aligustre, la Adelfa, el Laurel, el Rosal, la Morera, la Acacia, el Arce y el Álamo, faltando tan solo el Ciprés autóctono, tan difícil de encontrar en el Madrid de la época. Se logra así un jardín fiel a las ideas de Winthuysen: “un jardín que armoniza no es otra cosa que arquitectura en el más puro sentido estético. La estética surge de la razón: cualquier obra, cuando llega a acomodarse al fin al que se la destina, lleva en su estructura fundida su peculiar belleza”¹⁵¹³.

Todas estas opiniones que nos pueden parecer un poco excesivas, no dejan de tener su importancia en el contexto hospitalario del que se trata. En muchas ocasiones, el enfermo infecto-contagioso recluido en su habitación con forzoso aislamiento, tendría como única diversión, y esparcimiento de sus sentidos el pasear su mirada a través de su ventana por estos magníficos jardines.

Es muy posible que estos parterres de seto recortado, que incluían arbustos y árboles en su interior, parcialmente cubiertos de césped y musgo, fueran el consuelo de algunos enfermos terminales de nuestro Hospital.

Hospitales coetáneos al Hospital del Rey.

A partir del Siglo XVIII, y en mayor medida durante el Siglo XIX se hicieron cada vez más frecuentes los Hospitales especializados para infecciosos, introduciéndose cambios notables en la arquitectura de los mismos, adaptándose en muchos casos, el modelo de Hospital de Pabellones. Este modelo ofrecía ventajas como su menor mortalidad, su funcionalidad y su comodidad para prestar una asistencia médica cada vez más especializada¹⁵¹⁴. Por otra parte, la división de los enfermos por entidades nosológicas y el aislamiento eran de fácil cumplimiento en este tipo de edificaciones.

En esta tendencia influyeron de manera clara las epidemias de tifus exantemático del Siglo XVIII y las epidemias de cólera que hubo en Europa durante el Siglo XIX. Algunos de los Hospitales que se crearon fueron: el establecido en Chester (Inglaterra) para los enfermos de

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

¹⁵¹³ CHÍAS NAVARRO, Pilar, *Memoria Histórica de la fundación del Hospital del Rey y sus jardines*. Madrid: Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1.986.

RÍOS IVARS, Guadalupe, DE JUAN MARTÍNEZ, Carmen, *Jardines del área sanitaria de Chamartín. Instituto de Salud Carlos III. Memoria Histórica y propuesta de recuperación*. Madrid: Impreso por el ISCIII, 1.986.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

Tifus, por Haygarth; el Hospital Lock para enfermedades venéreas, creado en 1.745; el Hospital de Londres para variolosos, fundado en 1.746; y el London Fever Hospital, que se erigió en 1.802, y que fue el primer Hospital concebido para las enfermedades infecciosas de forma global.

El Hospital del Cerro del Pimiento ya ha sido comentado en numerosas ocasiones, pues bajo ciertos aspectos puede considerarse el precursor del Hospital del Rey¹⁵¹⁵. Se edificó por el sistema de Pabellones, con una serie de pequeñas construcciones de ladrillo de un solo piso, y otra central, para capilla, administración, despacho para los médicos y habitaciones para las Hermanas de la Caridad. Fue el primer Hospital de epidemias o de infecciosos con una visión moderna con que contó Madrid¹⁵¹⁶.

Desde entonces, ¿qué hospitales de envergadura similar se construyeron en la España de principios de Siglo? ¿Cuántos tenían dedicación a los enfermos infecciosos?

Es difícil responder de forma definitiva a esas preguntas, pues haría falta un estudio exhaustivo de la Historia de la Sanidad española.

El Hospital Marítimo de Infecciosos de Barcelona, es una de las Instituciones que mayor interés nos suscita. En primer lugar, tiene una cronología coincidente con la del Hospital del Rey, pues ambos se inauguran en la década de los veinte. El Hospital de Infecciosos de Barcelona tiene como antecedente un Lazareto construido en el parque de la Ciudadela de forma provisional a raíz de una epidemia En Barcelona de fiebre tifoidea en 1.914¹⁵¹⁷. Años antes, ya se había utilizado al declararse una epidemia de Peste Bubónica en 1.905, desmantelándose una vez superada. El número de casos de la epidemia de 1.914 obliga de nuevo a su apertura:

“La epidemia demostró una vez más que Barcelona, con un ambiente intensamente cosmopolita, era víctima de una invasión de carácter epidémico que perturbaba seriamente al vida ciudadana y planteaba a las autoridades graves problemas. Se planteó la inutilidad de los Hospitales provisionales. Urgía resolver el problema y el Excelentísimo Ayuntamiento, a propuesta de la Ilustre Comisión de Gobernación y por iniciativa del que

¹⁵¹⁴ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁵¹⁵ PORRAS GALLO, M^a Isabel, El Hospital del Rey de Madrid, en: Historia de los Hospitales. Hospitales relevantes en España. *El Médico* (Coleccionable nº 46). Madrid: Pág. 605.

¹⁵¹⁶ Sin embargo, también se ha comentado que la duración de este Hospital fue muy breve. Los motivos fueron diversos. Sin embargo, la ubicación poco correcta del mismo, la rapidez con que se había hecho, y su escasa calidad determinaron que fuera muy mal aceptado por la clase médica, y por el vecindario. De modo que aunque fuera utilizado durante la gran epidemia de 1.900-1.901, cuando ésta terminó se retiró del Hospital todo el personal sanitario y administrativo, y sólo quedó un guarda que no fue capaz de impedir que en pocos meses fuera desmantelado el edificio, y con ello Madrid perdiera su único Hospital de Infecciosos.

¹⁵¹⁷ BOSCH I MONEGAL, E, El Hospital del Mar en la Historia de Barcelona. De las epidemias del siglo XIX a los Juegos Olímpicos de 1.992, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Pág. 40-41, 1.992.

la presidía, Francesc Puig i Alfonso, acordó en el año 1.914 declarar el carácter permanente del Hospital Municipal Marítimo de Infecciosos”¹⁵¹⁸.

De este modo, el Consistorio del 14 de Diciembre de 1.916 aprobó el reglamento del nuevo Hospital¹⁵¹⁹. En 1.918 el Hospital juega un importante papel en la epidemia de Gripe. Posteriormente:

“En 1.929 y 1.930 se construyen y se inauguran los edificios del nuevo Hospital de Infecciosos. A causa de las precarias condiciones del antiguo Hospital, mitad de madera, mitad de obra. El edificio de gran modernidad se inaugura en 1.930. El proyecto es del arquitecto Josep Plantada”¹⁵²⁰.

El modelo elegido, al igual que el del Hospital del Rey, es el de Pabellones, con la peculiaridad de estar unidos por un eje central que dividía los de hombres, a la derecha, de los de las mujeres, a la izquierda (Fig. 14).

¹⁵¹⁸ BOSCH I MONEGAL, E, El Hospital del Mar en la Historia de Barcelona. De las epidemias del siglo XIX a los Juegos Olímpicos de 1.992, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Pág. 42, 1.992.

¹⁵¹⁹ BOSCH I MONEGAL, E, El Hospital del Mar en la Historia de Barcelona. De las epidemias del siglo XIX a los Juegos Olímpicos de 1.992, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Pág. 43, 1.992.

¹⁵²⁰ BOSCH I MONEGAL, E, El Hospital del Mar en la Historia de Barcelona. De las epidemias del siglo XIX a los Juegos Olímpicos de 1.992, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Pág. 49, 1.992.

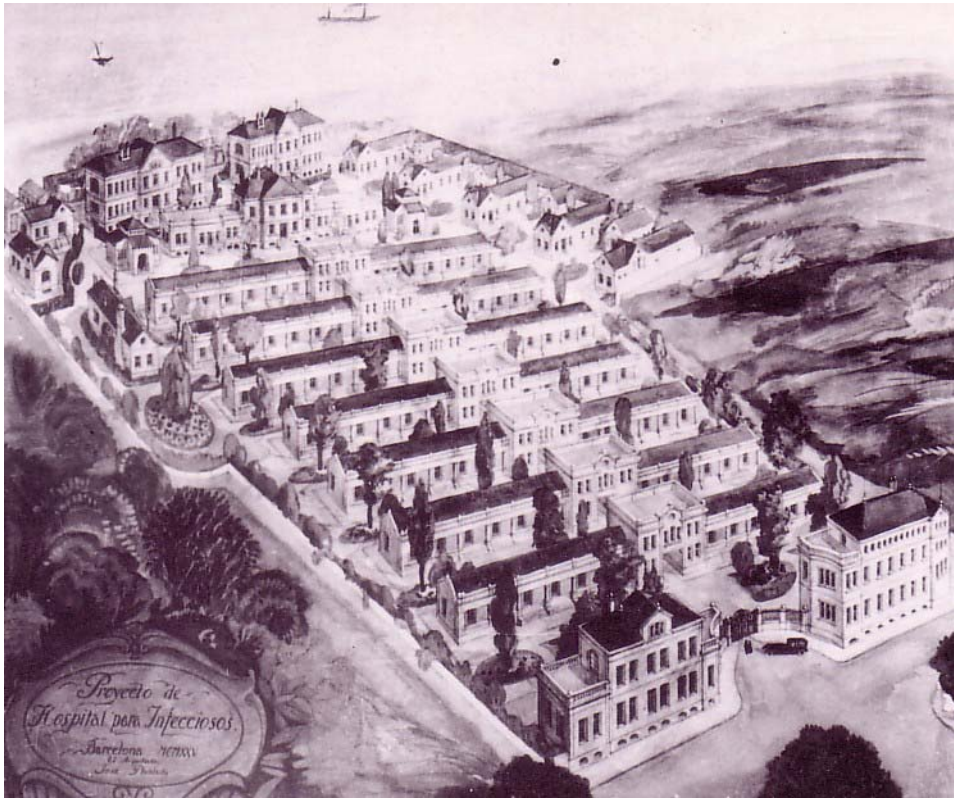


Fig. 14. Hospital Marítimo de Infecciosos de Barcelona.

Durante la Guerra Civil, adquiere una gran importancia, llegando a ser bombardeado¹⁵²¹. Después del fin de la Contienda, se denomina Hospital Nuestra Señora del Mar. Vemos, por tanto, que esta institución catalana tiene grandes similitudes con el Hospital del Rey. Ambas son pioneras en España como Hospitales monográficos de infecciosos, y ambos se desarrollan como consecuencia de las terribles epidemias de principios de siglo XIX (figura 15).

¹⁵²¹ BOSCH I MONEGAL, E, El Hospital del Mar en la Historia de Barcelona. De las epidemias del siglo XIX a los Juegos Olímpicos de 1.992, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, Pág. 67, 1.992.



Fig. 15. Pabellón del Hospital Marítimo de Infecciosos de Barcelona.

¿Qué otros Hospitales podríamos citar coetáneos del Hospital? Nos remitimos a un artículo publicado en la revista *Arquitectura* de 1.918, en el cual se comentan varios hospitales de reciente construcción entre los que figura el Hospital del Rey¹⁵²². En esta publicación se hace mención a varios Hospitales.

El Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo de Barcelona, proyectado por el arquitecto Luis Doménech Muntaner.

Se comenzó a construir el 18 de Enero de 1.902 y las Obras se continuaron sin interrupción hasta su conclusión en Abril de 1.911. En total se construyen diez pabellones o edificios de los cuarenta y ocho contenidos en el plano general del proyecto inicial de los Hospitales reunidos de la Santa Cruz y de San Pablo. La cantidad total empleada asciende a 2.910.794 pesetas.

Está prevista la construcción de pabellones para enfermedades infecciosas, con una separación total del resto de pabellones, estableciéndose una comunicación subterránea con el resto de las edificaciones.

El Hospital de San José y Santa Adela, en Madrid, tuvo como arquitectos a Antonio Palacios y Joaquín Otamendi. Se proyecta como Hospital de Jornaleros, teniendo en cuenta el aspecto curativo, pero también el de convalecencia. Situado en la calle de Maudes, con cuatro pabellones de enfermos que pueden albergar en total 200 enfermos y convalecientes. Existe

¹⁵²² Algunos Hospitales Modernos, *Arquitectura*, Órgano Oficial de la Sociedad Central de Arquitectos, Año V, Pág. 104-117, Madrid, 1.922.

además un pabellón de aislamiento para enfermos infecciosos capaz para 12 enfermos, único edificio no unido a la galería general de enlace (figura 16).

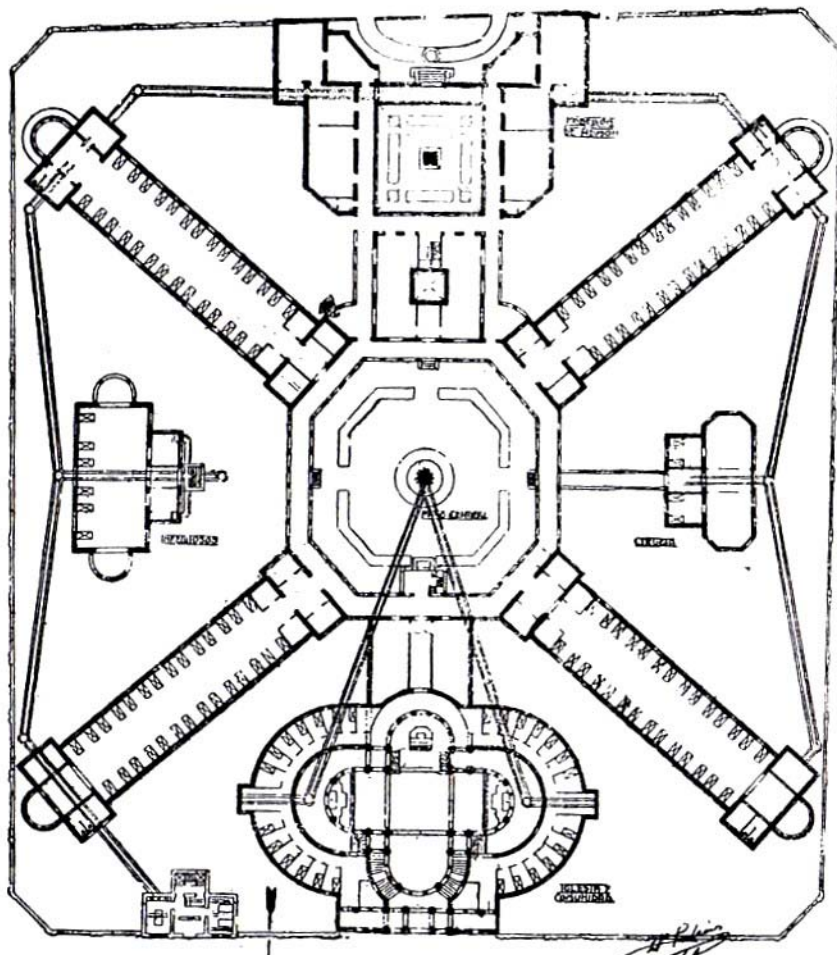


Fig. 16. Planos del Hospital de San José y Santa Adela, en Madrid. Se proyecta como Hospital de Jornaleros

Los arquitectos Enrique Epalza y Chauffreau proyectaron el Hospital de Basurto, en Bilbao. En 1.898 comenzaron los trabajos preparatorios bajo el auspicio de la Junta de Caridad de Bilbao, colocándose en 1.900 la primera piedra, y acabándose de construir en 1.910. El coste oscila en torno a los 6 millones de pesetas, con una capacidad para 600 enfermos.

Cuenta con un Hospital de Infecciosos, que consta con cuatro pabellones de enfermos destinados a viruela, Difteria, Sarampión y Escarlatina. Son pabellones destinados sobre todo a niños, siendo su construcción distinta a la del resto del Hospital. El primer plano (figura 17) corresponde a un Pabellón sencillo, y el segundo, (figura 18) al pabellón de Escarlatina.

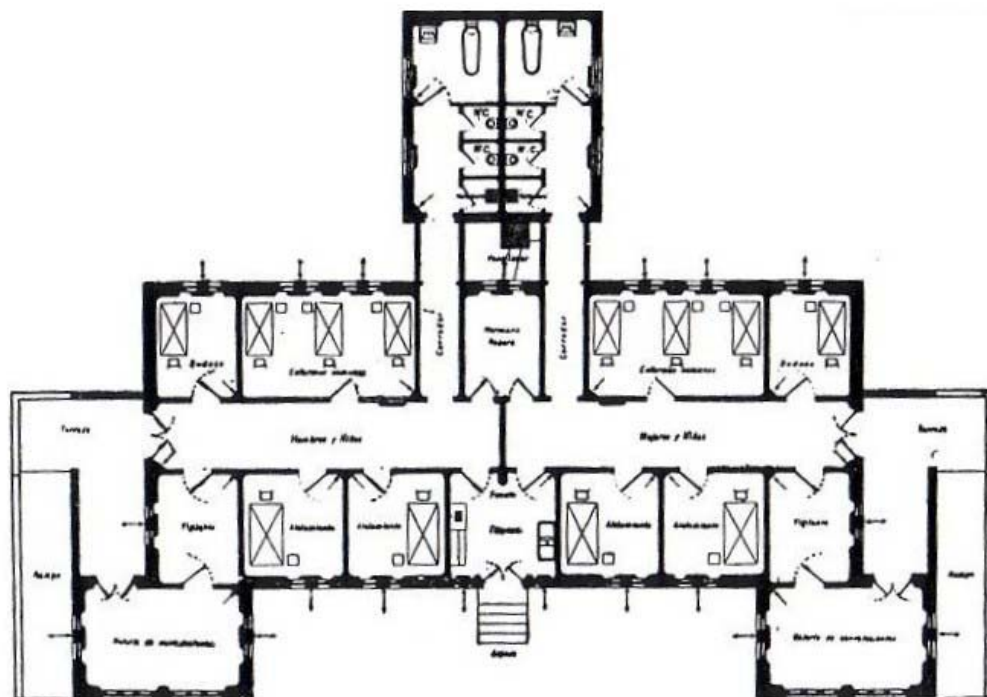
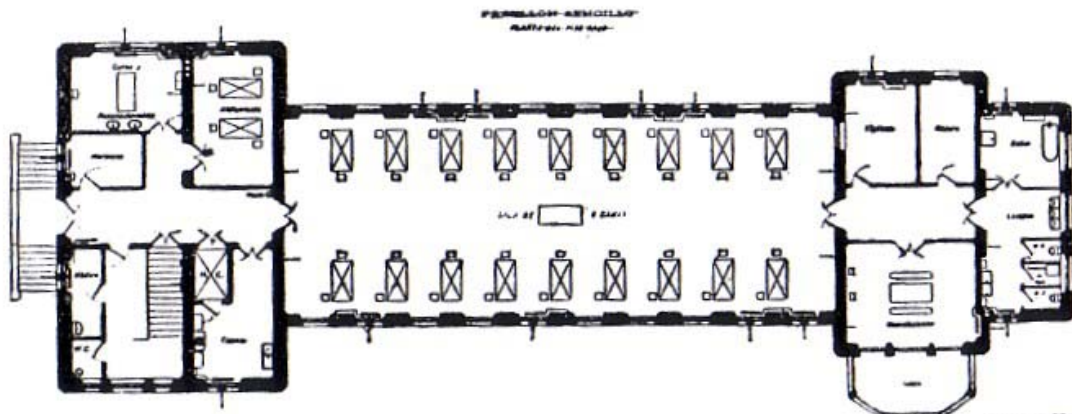


Fig. 17-18. Proyecto de los pabellones del Hospital de infecciosos del Hospital de Basurto, en Bilbao. Año 1898.

Como comentario, podemos añadir que el prototipo de Hospital que predomina en la época es el de pabellones, que es el elegido de forma mayoritaria sobre el edificio único o monobloque.

También podemos añadir que es cierto que se construyen Hospitales de mayor envergadura que el Hospital del Rey. Pero todos son Hospitales de carácter general, es decir, no poseen la característica monográfica del Hospital del Rey, destinados exclusivamente a los infecciosos.

La duración de la construcción para San Pablo y Basurto es de aproximadamente diez años. Por tanto, la duración aproximada de la construcción del Hospital del Rey (en torno a 5 años) puede considerarse dentro de la normalidad de las costumbres de la época.

En cuanto a la financiación de los Hospitales, el Hospital de San Pablo cuenta con financiación privada: el legado de tres millones de pesetas de D. Pedro Gil. Y el de Basurto fue construido por la Junta de Caridad de Bilbao. Es decir, predomina la financiación proveniente de fundaciones y donativos.

El Estado fue quien se encargó del Hospital del Rey, pudiendo ser por tanto responsable del ahorro económico que supuso la mengua y disminución del ambicioso proyecto inicial de García Guereta.

En definitiva, debemos ver al Hospital del Rey como una Institución altamente conectada a la Arquitectura Sanitaria de su época, sin que eso suponga dejar de apreciar sus peculiaridades específicas y de algún modo únicas, al tratarse de un Hospital monográfico para enfermos infecciosos.

En cuanto al concepto de aislamiento, en los Hospitales Generales de la época se tiende a interpretar en sentido estricto, dada la necesidad de separar al enfermo infeccioso del resto de enfermos. Por lo tanto, aislamiento se acerca al concepto de reclusión o confinamiento. Como ejemplo de esto tenemos el pabellón de aislamiento del Hospital de Maudes.

En cambio, el Hospital del Rey, aun manteniendo la importancia del aislamiento, inicia un avance hacia el concepto moderno de lo que supone el manejo del enfermo infeccioso: Aislamiento y flexibilidad son dos conceptos que se combinan a la perfección en el Hospital del Rey, lo cual supone un adelanto de varias décadas con respecto al manejo que se hacía del enfermo infecto-contagioso en la España de la época.

Al carecer de la flexibilidad que poseía el Hospital del Rey, los hospitales generales sufrían con las epidemias una gran carencia de camas para enfermos infecciosos, teniendo que recurrir al error ya comentado de mezclar de enfermos comunes con infecciosos en las salas normales.

5.5 TERRENOS Y ESCRITURA DEL HOSPITAL DEL REY.

Analizaremos en este apartado aspectos de la Escritura de Compra de terrenos del Hospital ante el Notario Félix Rodríguez Valdés, el 20 de Diciembre de 1.948¹⁵²³. Para ponernos en antecedentes, recordemos que cuando se comenzó a realizar el proyecto del futuro Hospital del Rey por Tello y Guereta, no existían terrenos definitivos, por lo que se proyectaron unos edificios en el “aire”¹⁵²⁴.

Sabemos también que García Guereta y la Junta Técnica asesora tenían la esperanza de conseguir para el futuro Hospital del Rey unos terrenos de la Moncloa. Así lo hacen constar en nota de la Memoria descriptiva del Hospital del Rey:

“El terreno elegido en la Moncloa por la Inspección General de Sanidad y la Junta asesora de formación de este proyecto y construcción del edificio, es de condiciones inmejorables para el objeto a que quiere destinársele, pero si no hubiera posibilidad de que el Estado lo cediera para tal fin, existen en la parte Norte de la población terrenos elevados, con suelo y subsuelo de inmejorables condiciones para la construcción del Hospital”¹⁵²⁵.

No sabemos cuáles fueron los objetivos para los que fueron destinados los terrenos de la Moncloa, pero el caso es que no fueron cedidos para el futuro Hospital del Rey.

Por este motivo, no habiendo sido posible hallar terreno apropiado de la propiedad del Estado, ya que todos aquellos que pudieran reunir condiciones para el caso se encuentran destinados a servicios de diferentes Departamentos, y contándose con un crédito de un millón de pesetas, del vigente presupuesto como anualidad para los gastos de construcción de dicho Hospital, se procede a celebrar un concurso público con el fin de poder adquirir dichos terrenos.

¹⁵²³ Copia de la Escritura de venta de los terrenos para emplazamiento del Hospital del Rey, firmado por D. Félix Eguiguren, propietario, y D. Manuel Martín Salazar, Inspector General de Sanidad. Madrid, 20 de Diciembre de 1.918.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

¹⁵²⁴ Por ello y como el tiempo apremiaba, se proyectó el conjunto del Hospital sobre una superficies regular y horizontal, siendo cosa clara la modificación de este plano del conjunto con arreglo al terreno de que en su día se disponga.

TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, Pág. 6-7, 1.919.

¹⁵²⁵ TELLO, Francisco, GARCÍA GUERETA, Ricardo, *Memoria descriptiva del Hospital para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos que se deberá construir en Madrid*, Madrid: Est. Tip. Tordesillas, Pág. 6, 1.919.

El tiempo corre y el anuncio de dicho concurso no se hace esperar, y en la Gaceta de Madrid correspondiente a dos de Julio de 1.918 se publica el anuncio del Pliego de Condiciones para el concurso de adquisición de los terrenos del futuro Hospital del Rey¹⁵²⁶.

Una vez acabado el plazo de presentación de terrenos, la Junta expone acordar por unanimidad la oferta del Sr. D. Félix Eguiguren, aprobándose esta propuesta por Real Decreto del Ministerio de Hacienda de 29 de Noviembre de 1.918.

La extensión y ubicación exacta de los terrenos ofertados se detallan de forma exhaustiva en el texto del contrato de compra¹⁵²⁷.

La venta al Estado se realiza sin reserva ni limitaciones alguna y libre de toda carga, con todos sus derechos y accesorios. El precio establecido para los dos terrenos es de dos pesetas cincuenta céntimos por metro cuadrado. En total, el Estado paga una suma que asciende a 400.000 pesetas, que corresponden a 160.000 metros cuadrados¹⁵²⁸.

Se firma el contrato con representación por parte del Estado de Don Manuel Martín Salazar, Inspector General de Sanidad. Y por la otra parte, Don Félix Eguiguren y Azpiazu, mayor de edad con cédula personal 2.447¹⁵²⁹.

¹⁵²⁶ Destacan en dicho anuncio las siguientes condiciones:

El terreno deseado tendrá una superficie aproximada de 120.000 metros cuadrados.

Deberá estar situado en la parte Norte de Madrid, ya sea dentro de su término municipal o pueblos limítrofes.

Será la Junta Técnica Asesora la encargada del estudio de las propuestas candidatas, informando acerca del terreno que reúna las condiciones más apropiadas.

Gaceta de Madrid, 2 de Julio de 1.918.

¹⁵²⁷ Don Félix Eguiguren y Azpiazu, soltero y vecino de Chamartín de la Rosa vende dos terrenos al Estado. Uno de ellos, en propiedad indivisa con Don Martín José Lasarte y Erazo, y el otro en nombre de la Sociedad Civil “El Recuerdo”, de la cual tiene amplio poder el citado señor Eguiguren.

El primer terreno, situado en el término municipal de Chamartín de La Rosa, partido Judicial de Colmenar Viejo, en el sitio llamado El Pradillo o La Membrilla, con una extensión de 63.443 metros cuadrados.

El segundo terreno, también en el término Municipal de Chamartín de la Rosa, partido Judicial de Colmenar Viejo, en un sitio llamado Valdeperales, con una extensión de 96.557 metros cuadrados.

Copia de la Escritura de venta de los terrenos para emplazamiento del Hospital del Rey, firmado por D. Félix Eguiguren, propietario, y D. Manuel Martín Salazar, Inspector General de Sanidad. Madrid, 20 de Diciembre de 1.918.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

¹⁵²⁸ Copia de la Escritura de venta de los terrenos para emplazamiento del Hospital del Rey, firmado por D. Félix Eguiguren, propietario, y D. Manuel Martín Salazar, Inspector General de Sanidad. Madrid, 20 de Diciembre de 1.918.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

¹⁵²⁹ Esta Escritura queda firmada ante el Notario de la Capital Don Félix Rodríguez Valdés, con ejercicio en la calle Arenal nº 13 el 20 de Diciembre de 1.918 en Madrid. Son testigos de dicho contrato Don Wenceslao Albañil y Sanz, y Antonio Torres y Renate, mayores de edad y vecinos de Madrid.

Copia de la Escritura de venta de los terrenos para emplazamiento del Hospital del Rey, firmado por D. Félix Eguiguren, propietario, y D. Manuel Martín Salazar, Inspector General de Sanidad. Madrid, 20 de Diciembre de 1.918.

Archivo histórico del Museo de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. Cedido por D. Ramón Navarro.

De este modo, el proyecto del Hospital del Rey por fin queda como poseedor de unos terrenos, los cuales a pesar de lo complejo de su adquisición serán testigos de su larga trayectoria¹⁵³⁰.

No sabemos si la decisión de ubicar el Hospital del Rey en los terrenos de la Moncloa hubiera modificado de algún modo la Historia del Hospital del Rey. La Moncloa en el período de Guerra Civil quedó más expuesta al Frente de Guerra de la Ciudad Universitaria, quedando Chamartín de La Rosa algo más resguardado y permitiendo su continuidad durante esos años.

Evidentemente, no fue excepcional durante los años siguientes la compra de terrenos adicionales del Hospital. Así, por ejemplo, la Dirección General de Sanidad aprueba la adquisición de la propiedad de Don Enrique y Doña María Teresa Arroyo en Febrero de 1.944, por 47.000 pesetas. Se trata de una viña en el sitio de Valdeperales o Alumbilla.

No es difícil entender que el emplazamiento de un Hospital de Infecciosos provoca un fuerte impacto en la configuración medioambiental de la zona en la que se ubica. El estigma social que provoca las enfermedades infecciosas influye lógicamente en la mentalidad de los agricultores que rodean al Hospital. Todos los propietarios colindantes se ven de alguna forma afectados, por lo que las futuras ventas al propio Hospital son una de las posibles soluciones a sus propiedades.

En cuanto a las características de los terrenos elegidos, podemos recurrir a los comentarios de Torres Gost:

“La situación de los Terrenos elegidos estaba al Norte de La Ventilla, en proximidad al Barrio de Tetuán de las Victorias. Estaba completamente ocupado por traperos que todos los días evacuaban Madrid de sus basuras”¹⁵³¹.

¹⁵³⁰ De todos modos, la construcción del Hospital del Rey tuvo que esperar, porque en tiempos del Ministro Gimeno, en 1.919 la subasta de construcción del Hospital del Rey quedó desierta.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 17, 1.975.

¹⁵³¹ “Todas las tierras de labor que rodeaban La Ventilla por el Norte pertenecían a la Compañía de Jesús, que las cedió al Estado. En cuanto a la comunicación del Hospital, como medios de locomoción para unir el Hospital con la ciudad de Madrid, además de carretera, existía el ferrocarril de Fuencarral a Madrid, procedente de Colmenar. Otro medio de comunicación que tenía el Hospital era el tranvía de la Ciudad Lineal, llamado popularmente La Maquinilla, que como ramal tenía un servicio muy poco frecuente a Fuencarral. Habían destinado a esta línea los tranvías más modestos de la Compañía”.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 17-20, 1.975.

-Desconocemos, la relación del señor Eguiguren con la compañía de Jesús, o si la representaba de algún modo, pues según se desprende del comentario de Torres Gost estos terrenos pertenecía a los Padres Jesuitas.

TORRES GOST, Juan, *Medio Siglo en el Hospital del Rey*, Madrid: Biblioteca Nueva, Pág. 17, 1.975.

5.6 MATERIAL EPISTOLAR DEL HOSPITAL DEL REY.

Para este apartado nos basamos en el trabajo realizado por Martín Merino de clasificación del material epistolar del Hospital del Rey encontrado entre 1.925-1.941. Con este material dio una conferencia el día de su jubilación, titulando dicha conferencia “Salvados de la quema”, refiriéndose al material epistolar que pudo rescatar en 1.987 directamente de una hoguera, con motivo de la realización de un traslado¹⁵³².

Se divide en varios grupos la correspondencia encontrada. El primer grupo hace referencia a Cartas estrictamente médicas. En ellas predomina el tema de enfermedades como la tuberculosis, con cartas de numerosos testimonios de casos tratados con neumotórax, resección de adherencias, derivados de calcio que solicitan u ofrecen los laboratorios, etc.

También se aprecian a través de estas líneas los esfuerzos de los clínicos rurales que piden ayuda y orientación a este Centro.

Por otro lado son frecuentes las cartas en relación a la Fiebre de Malta¹⁵³³; cartas donde se solicita con ansia los sueros de convalecientes, sobre todo del Sarampión; y peticiones de consejo para luchar contra la Brucelosis mediante la vacunación o contra el tifus exantemático.

Se deriva de estas cartas la estima y prestigio que tenía el Hospital entre los profesionales del mundo de la medicina de la época. También se deja ver el problema de aislamiento y soledad en el que probablemente estarían los médicos rurales.

Y el renacimiento del Hospital también empieza a traspasar las fronteras nacionales. Así, se conservan cartas en las que se anuncia que se incluye al Hospital en una publicación Internacional de Hospitales. Desde Buenos Aires, se solicitan los volúmenes II y III de los Trabajos del Hospital del Rey. Otra Institución pide el Reglamento del Régimen Interior.

Lógicamente, abundan las Cartas simplemente humanas, muchas emotivas, sentimentales, dramáticas, optimistas. Realmente sería fuente inagotable de temas, pero suponen una muestra de la vida real de los enfermos que pasaron por el Hospital, reflejando sus miedos, preocupaciones y esperanza a familiares lejanos. No olvidemos que una de las características del Hospital era el

¹⁵³² MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

¹⁵³³ En esa época, Tapia ensaya el preparado farmacológico Formomelitina, y le llegan de todas las provincias españolas peticiones del producto.

MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

Aislamiento y el correo se convirtió en un medio importante de comunicación con el exterior. Otro tipo de correspondencia es el de los enfermos que remiten al Hospital cartas por cuestiones administrativas, por ejemplo solicitando el ingreso¹⁵³⁴.

Durante la Guerra Civil, en lo que Merino denomina Cartas bélicas, se deja sentir la tragedia y el hondo dramatismo de la contienda civil. Se rescatan telegramas de evacuación con todo lo que sus frases entrecortadas llevan consigo: abandono del hogar, familias separadas, carromatos con enseres de la familia, niños llorando arrastrados por los mayores hacia el exilio sin que sepan el motivo, etc¹⁵³⁵.

Las ideas de la época también se muestran en muchas Cartas políticas, que no son escasas en el conjunto del material epistolar encontrado. La República, el Movimiento, el Frente Popular, la Falange, Dios, son temas recurrentes. El pueblo se desconcierta y se apunta a uno u otro lado, aunque en la mayoría de los casos se aproxima tímidamente al que menos daño le puede hacer¹⁵³⁶.

Por último, existe un grupo de Cartas insólitas, no clasificables en los otros grupos y que atraen la atención por su originalidad¹⁵³⁷.

Es evidente que el contenido de estas cartas es en muchos casos insustancial o anecdótico, pero no dejan de tener un gran valor histórico, pues recordemos que para la realización de esta Tesis nos hemos basado de forma fundamental en el estudio de las historias clínicas. Y precisamente en esas historias, son escasísimos los momentos en los que se transcriben los sentimientos de los pacientes y su forma de pensar. Es lógico, pues se trata de una aproximación

¹⁵³⁴ Existen cartas protocolarias que se envían solicitando el ingreso. Una carta de un enfermo tuberculoso solicita por segunda vez ser admitido ya que hace dos años que lo ha pedido. Dos médicos de guardia especifican por correo que se han contagiado de Tuberculosis y uno de ellos opta a una plaza de alojamiento.

MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

¹⁵³⁵ Hay partes por Meningitis desde el Frente del Jarama, muertes por heridas de fuego desde el Frente de Aravaca. Treinta guardias de Asalto ingresan desde el frente de Villaverde afectados por Triquinosis. También se relatan la mortalidad por Tifoidea procedentes de los frentes de la Casa de Campo y del Jarama (1.937).

MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

¹⁵³⁶ En un membrete de una carta no se ha añadido el “Viva Franco, Arriba España” y hay que superponerlo aunque sea a lápiz en el año 1.941; Sin embargo, también se muestra la situación contraria, pues en 1.937 hay que completar el comienzo con un “Viva la República” o “Luchando por la victoria total Republicana”.

MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

¹⁵³⁷ “Habiéndome informado por la prensa de que el único medio de combatir la Parálisis Infantil puede ser la transfusión de sangre, me presto a la extracción del preciado líquido, por creer que esto es un deber de hombre”.

Existe una carta de recomendación en la que se ruega que trasladen a un enfermo a una habitación donde pueda estar solo porque ronca y puede molestar a los demás.

“Por correo le remito cinco muestras de sangre de enfermos del pueblo de Ablitas (Navarra). La sangre la extrae personalmente y se la mando en frascos de insulina hervidos durante media hora”.

MARTÍN MERINO, Agustín, *Los salvados de la quema*, Conferencia con motivo de su jubilación. Madrid, 12 de diciembre de 1.990. Cedido por el propio autor.

científica a la persona humana en cuanto que enfermo. De ahí que el hecho clínico y su descripción ocupe un espacio y una extensión primordial. Para poner un ejemplo sencillo, cuando se ausculta un soplo anfórico en un enfermo terminal tuberculoso, se da una importancia primordial a la descripción de su tonalidad, duración y localización, y no tanto a la expectativas personales del propio paciente ante su proceso terminal. Esto no quiere decir que el profesional no le preguntase al enfermo cuando acabase de auscultarle sobre sus sentimientos, pero esto queda reflejado en las historias con escasísima frecuencia.